G. THIBIERGE

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

I



Bibliothèque de Thérapeutique
Médicale et Chirurgicale
Dujardin-Beaumetz et Terrillon





BIBLIOTHÈQUE

DE

THERAPEUTIQUE MÉDICALE
ET CHIRURGICALE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

DUJARDIN-BEAUMETZ	O. TERRILLON
Membre de l'Académie de Médecine Médecin de l'Hôpital Cochin etc.	Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris Chirurgien de la Salpêtrière

---

PARTIE MÉDICALE

Art de formuler. 1 volume, par DUJARDIN-BEAUMETZ.

Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte. 1 volume, par E. BARIÉ, médecin de l'hôpital Tenon.

Thérapeutique des maladies des organes respiratoires. 1 volume, par H. BARTH, médecin de l'hôpital Broussais.

Thérapeutique de la tuberculose. 1 volume, par H. BARTH, médecin de l'hôpital Broussais.

Thérapeutique des maladies de l'estomac. 1 volume, 2e *édition*, par A. MATHIEU, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies de l'intestin, 1 volume, 2e *édition*, par A. MATHIEU.

Thérapeutique des maladies du foie. 1 volume, par L. GALLIARD, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies de la peau. 2 volumes, par G. THIBIERGE, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies du rein. 1 volume, par E. GAUCHER, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté.

Thérapeutique de la diphtérie. 1 volume, par E. GAUCHER, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté.

Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte. 1 volume, par W. Oettinger, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique de la fièvre typhoïde. 1 vol., par P. Le Gendre, médecin des hôpitaux.

Therapeutique des maladies vénériennes. 1 volume, par F. Balzer, médecin de l'hôpital du Midi.

Thérapeutique du diabète. 1 volume, par L. Dreyfus-Brisac, médecin de l'hôpital Tenon.

Thérapeutique des névroses. 1 volume, par P. Oulmont, médecin de l'hôpital Laënnec.

Thérapeutique infantile. 1 volume, par A. Josias, médecin des hôpitaux.

Prophylaxie des maladies infectieuses. 2 volumes, par A. Chantemesse, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté, et M. Besançon.

Thérapeutique des maladies infectieuses. 1 volume, par A. Chantemesse, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté, et M. Besançon.

Thérapeutique des maladies du nez, des sinus et du pharynx nasal, 1 volume, par M. Lermoyez, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies du pharynx et du larynx, 1 volume, par M. Lermoyez.

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par M. Lermoyez, 1 vol.

PARTIE CHIRURGICALE

Asepsie et Antisepsie chirurgicales. 1 volume, par O. Terrillon et H. Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale des maladies du crâne, 1 volume, par P. Sebileau, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique chirurgicale des maladies du rachis. 1 volume, par P. Sebileau, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique oculaire. 1 vol., par F. Brun, agrégé à la Faculté, chirurgien de Bicêtre.

Thérapeutique chirurgicale des maladies de la poi-

trine. 1 volume, par Ch. Walther, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale des maladies de l'estomac et du foie. 1 volume, par H. Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale de l'intestin et du rectum. 1 volume, par H. Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale de l'urètre et de la prostate. 1 volume, par J. Albarran, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique chirurgicale de la vessie et du rein. 1 volume, par J. Albarran, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique obstétricale. 1 volume, par A. Auvard, accoucheur des hôpitaux.

Thérapeutique gynécologique. 1 volume, par Ch. Picqué, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations et des membres, 2 volumes, par Ch. Picqué, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies osseuses. 1 volume, par O. Terrillon et P. Thiéry, chef de clinique chirurgicale.

LA COLLECTION SERA COMPLÈTE EN 37 VOLUMES

Tous les volumes sont publiés dans le format in-18 jésus ; ils sont reliés en peau pleine et comportent chacun de 200 à 400 pages avec figures.

Prix de chaque volume indistinctement : **4** fr.
Ils se vendent tous séparément.

VOLUMES PARUS LE 1er *DÉCEMBRE* 1894 :

Dujardin-Beaumetz : Art de formuler.
H. Barth : Organes respiratoires.
A. Mathieu : Estomac et intestins.
A. Mathieu : Intestin.
L. Dreyfus-Brisac : Diabète.
P. Oulmont : Névroses.
F. Barié : Cœur et Aorte.
F. Balzer : Maladies vénériennes.
P. Le Gendre : Fièvre-Typhoïde.
G. Thibierge : Peau. 2 vol.
L. Gaillard : Foie.
Terrillon et Chaput : Asepsie et Antisepsie chirurgicales.
A. Auvard : Thérapeutique obstétricale.

THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

PAR LE Dr Georges THIBIERGE

Médecin des Hôpitaux de Paris

TOME PREMIER

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1895

AVANT-PROPOS

La dermatologie n'est qu'une branche de la pathologie, et la thérapeutique dermatologique doit s'inspirer des principes généraux de la thérapeutique médicale. Mais la multiplicité des formes et des aspects revêtus par les affections cutanées, la variabilité et la complexité de leurs causes rendent leur traitement complexe et compliqué. D'autre part, il est peu d'affections dont la guérison dépende plus réellement du soin apporté dans le choix et dans le mode d'emploi des agents thérapeutiques, et qui demandent plus d'attention aux petits détails dans l'exécution des prescriptions.

Nous avons cherché, pour répondre à l'esprit pratique de la *Bibliothèque de thérapeutique*, à exposer aussi clairement et aussi minutieusement que possible le traitement des affections cutanées.

Pour donner au lecteur des points de repère,

nous avons dû rappeler les caractères cliniques des dermatoses avant d'étudier leur traitement. Notre intention n'étant pas d'écrire, à propos de la thérapeutique des affections cutanées, un traité de dermatologie, nous avons résumé aussi brièvement que possible les descriptions symptomatiques, en insistant plus spécialement sur l'étiologie ; celle-ci, en dermatologie comme dans les autres parties de la médecine, est en effet la base de la thérapeutique et, quelque rudimentaires que soient actuellement pour beaucoup de dermatoses les données étiologiques précises, c'est encore de ce côté que l'on doit chercher les indications d'un traitement rationnel et efficace.

De ces résumés cliniques et étiologiques, nous avons banni les discussions théoriques qui n'avaient pas un intérêt pratique immédiat.

La thérapeutique cutanée est encore plus encombrée peut-être que la thérapeutique médicale proprement dite de médicaments et de formules de toutes sortes. Nous avons pensé qu'il valait mieux, à propos de chaque maladie, indiquer un petit nombre de médicaments, dont nous avons journellement constaté l'efficacité, que d'énumérer une foule de substances dont l'utilité ne nous paraît pas démontrée, et d'obliger le lecteur à faire parmi celles-ci un choix dont nous n'aurions pu, faute de place, lui indiquer toutes les raisons.

Une classification vraiment scientifique des dermatoses est encore à trouver.

Les données étiologiques aujourd'hui précisées permettent cependant de réunir ces affections en quelques groupes relativement homogènes, dans chacun desquels les procédés thérapeutiques à employer présentent plus d'un point commun. Aussi avons-nous décrit successivement les difformités cutanées, les dermatoses parasitaires, les dermatoses artificielles, les dermatoses liées à des troubles viscéraux, les dermatoses de causes complexes, variables ou indéterminées, que nous avons rangées suivant leurs caractères anatomiques ; enfin, les affections des organes différenciés de l'épiderme. Nous ne nous faisons aucune illusion sur la valeur de ce groupement, qui nous a servi à mettre quelque ordre dans l'exposé de notre sujet, mais dont nous n'avons pas la prétention de faire une classification. Il nous a cependant paru préférable à l'emploi de l'ordre alphabétique, très en honneur actuellement, qui réunit les unes à la suite des autres les affections les plus disparates ; la table générale, placée à la fin du deuxième volume, permettra d'ailleurs au lecteur de se reporter au chapitre qui l'intéresse aussi facilement, sinon plus facilement que si nous avions suivi l'ordre alphabétique.

Après avoir étudié le traitement de chaque

dermatose en particulier, nous avons réuni dans une deuxième partie ce qui a trait au mode d'emploi des agents thérapeutiques usités contre les dermatoses : résumé sommaire des propriétés des médicaments, formules des préparations pharmaceutiques, manuel opératoire des opérations dermatologiques, etc.

En écrivant ces deux volumes, nous nous sommes inspiré bien souvent de l'enseignement à la fois si élevé et si pratique, et des publications du chef respecté de la dermatologie française contemporaine, M. Ernest Besnier. C'est ce maître éminent qui nous a initié aux études dermatologiques ; c'est à lui que nous devons le meilleur de nos connaissances dans cette partie de la médecine.

Il n'est donc que juste que nous inscrivions ici son nom, en témoignage de notre profonde gratitude.

THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS CUTANÉES

Comme les revêtements muqueux et plus qu'eux encore, le revêtement cutané est un organe complexe dans sa structure, dans ses fonctions, soumis, de la part des agents extérieurs, à des influences très diverses et, de la part des organes internes, à des influences non moins diverses.

Aussi les conditions qui influent sur son état d'intégrité sont-elles des plus multiples. Sauf les difformités cutanées et quelques affections parasitaires de cause externe, il n'y a pour ainsi dire pas de maladies propres à la peau; la plupart même des dermatoses parasitaires subissent l'influence du milieu intérieur et se ressentent des modifications imprimées au tégument externe, comme aux autres parties de l'organisme, par les altérations des humeurs et les lésions des divers systèmes. Elles-mêmes peu-

veut retentir sur l'économie entière, modifiant son chimisme par les obstacles qu'elles apportent au fonctionnement de la peau, ou influençant le système nerveux par l'intermédiaire de l'action qu'elles exercent sur ses terminaisons cutanées.

Malgré leur apparence de lésions locales, apparence exagérée par leur siège extérieur et l'objectivité de leurs caractères, les dermatoses ne sont donc le plus souvent que la traduction, sur la peau, d'un état pathologique de l'organisme tout entier ou de quelqu'un de ses organes.

De plus, des causes multiples s'associent souvent pour produire une dermatose : la lésion humorale, les désordres viscéraux affaiblissent la résistance de la peau; celle-ci réagit de façon variable suivant la prédisposition héréditaire du sujet, suivant les lésions dont elle a été précédemment le siège, suivant l'état de ses vaisseaux propres; les causes extérieures, en particulier les agents pathogènes auxquels le tégument sert de support normalement ou accidentellement, interviennent encore pour modifier la lésion cutanée primitive.

La thérapeutique rationnelle et vraiment médicale des dermatoses doit tenir compte de tous ces éléments complexes et associés, sous peine de rester stérile ou même de les aggraver par une intervention incomplète et systématiquement limitée à un seul des éléments étiologiques.

L'étude complète du malade, la recherche de ses antécédents personnels et héréditaires, l'examen de ses différents viscères, l'analyse de ses sécrétions les plus importantes, la constatation de son genre de vie, de ses habitudes hygiéniques, etc., sont donc de rigueur pour établir en toute connaissance de

cause le traitement qui convient à l'affection cutanée dont il est porteur.

Nous ne pouvons, dans cet ouvrage, exposer en détail tous les moyens que le médecin aura à mettre en œuvre pour arriver à ce but : ce serait passer en revue toute la thérapeutique des maladies générales et des maladies des organes internes. Nous indiquerons, à propos des diverses causes de dermatoses, le traitement qui convient spécialement à celles provoquées par les lésions viscérales, et, à l'occasion de chaque dermatose en particulier, nous rappellerons sommairement les indications auxquelles le médecin aura plus spécialement à obéir.

Dans ce chapitre d'entrée en matière, nous voulons seulement insister sur quelques points d'intérêt général.

Nécessité de traiter les affections cutanées.

On a parfois prétendu que les affections cutanées, ou du moins certaines affections cutanées, ne devaient pas être traitées.

Cette assertion, reliquat de l'humorisme ancien, est encore émise par quelques médecins, plus souvent par des personnes étrangères à la médecine.

Nous n'hésitons pas à nous inscrire en faux contre elle, à déclarer que toutes les dermatoses doivent être traitées. Reste à savoir comment, et s'il est indifférent d'arriver rapidement à les guérir. Sur ce point, il y a lieu de faire quelques réserves.

Les partisans de l'abstention font observer que la peau est un émonctoire naturel ; de même que, chez certains sujets, la santé générale ne se conserve intacte que s'ils ont quotidiennement des évacuations

intestinales abondantes et diarrhéiques, de même la suppression des sécrétions d'une dermatose peut entraîner des troubles graves des différents viscères : cerveau, poumons, cœur, etc. L'alternance des manifestations cutanées et viscérales dans certains états diathésiques est encore invoquée pour justifier cette expectation.

Il y a, dans cette doctrine, une petite part de vérité et une très grande part d'erreur.

Il est incontestable que, chez certains sujets, la disparition rapide d'une dermatose, surtout d'une dermatose ancienne et étendue, est suivie à bref délai de manifestations viscérales parfois graves ; mais encore faut-il se demander si, en pareil cas, les troubles viscéraux sont la répercussion de la lésion cutanée, si la disparition de celle-ci n'est pas la conséquence du développement même de la lésion viscérale, si l'intervention thérapeutique doit supporter le poids à la fois de l'honneur d'avoir guéri la dermatose et de l'accusation d'avoir provoqué les désordres internes. Bien souvent elle ne mérite ni l'une ni l'autre ; la marche naturelle de la maladie générale, ou une cause accidentelle (coup de froid, écart de régime ou autre) a produit simultanément les deux effets : de même que les « gouttes remontées » ne sont souvent que des gouttes mal traitées (non localement, mais par des agents qui irritent les voies digestives) ou compliquées, de même les « dermatoses rentrées » ne sont presque jamais que des dermatoses au cours desquelles survient quelque incident étranger à la thérapeutique locale.

Les faits, extrêmement rares, de répercussion ou de métastase viscérale ne doivent donc pas imposer l'abstention systématique dans les dermatoses.

même dans les dermatoses étendues et rebelles, et le médecin ne doit pas y trouver prétexte à négliger ou à interdire systématiquement toute intervention thérapeutique.

Il doit seulement, comme le disent très justement MM. Besnier et Doyon (1), « examiner la situation spéciale du patient et se comporter suivant les circonstances, et non selon une formule absolue ».

S'il s'agit d'un sujet prédisposé aux congestions pulmonaires, aux troubles psychiques, aux désordres intestinaux, si surtout des accidents de ce genre se sont déjà produits ou ont déjà paru se produire après la disparition, spontanée ou thérapeutique, d'une dermatose antérieure, — et cette règle est principalement applicable chez les enfants et les vieillards, — si la dermatose à forme eczémateuse (c'est en effet presque uniquement dans les eczémas que ces répercussions viscérales ont été observées) est étendue, très suintante, qu'elle évolue suivant le mode aigu ou suivant le mode chronique, le médecin doit agir avec prudence et modération, observer soigneusement les effets de sa médication sur la lésion cutanée et sur les viscères. Il convient en pareil cas de ne pas recourir aux agents de traitement rapide de la dermatose, ou de ne les appliquer que sur des surfaces restreintes; on suspendra leur emploi, au besoin même on exercera une révulsion suffisante sur les parties saines du tégument (ou même, en cas de danger imminent, sur les régions qui viennent d'être guéries), si des troubles viscéraux succèdent à l'amendement des lésions cutanées.

(1) Kaposi. *Pathologie et traitement des maladies de la peau*. 2e édition française. Paris, 1891, T. I, p. 109.

Dans tous les cas, l'état général sera l'objet des préoccupations du médecin, qui y trouvera des indications lui permettant de prévenir les troubles viscéraux.

Dans les dermatoses d'origine diathésique, le traitement interne, associé au traitement local, permettra presque toujours, en agissant sur la cause commune de la dermatose et des manifestations viscérales, de guérir la première sans laisser aux secondes l'occasion de se produire.

Mais, sous bénéfice des remarques précédentes. nous pensons qu'aucune dermatose ne doit être abandonnée à elle-même, et rester sans traitement.

La théorie de l'abstention, étendue comme elle l'a été par quelques-uns, aux dermatoses suppuratives, aux manifestations cutanées de la tuberculose, a produit les plus déplorables résultats : l'infection générale de l'économie, des lésions viscérales graves et parfois mortelles en ont été les conséquences; le traitement local les aurait évitées, alors que les partisans de l'abstention croyaient voir dans les lésions cutanées un mode de dépuration de l'organisme!

Même dans les affections qui ne sont pas primitivement d'origine microbienne, l'infection de surface et plus tard l'infection sanguine peuvent survenir lorsque la dermatose n'est pas convenablement traitée : il y a donc toujours nécessité, quand on n'est pas autorisé à agir énergiquement et à tenter une médication curative, d'instituer une médication palliative, prophylactique des infections secondaires.

Aussi résumerons-nous cette discussion en disant que, si *quelquefois* les affections cutanées ne doivent *pas* être *guéries*, ou tout au moins ne doivent pas être guéries rapidement, elles doivent *toujours* être *traitées*.

Cette règle ne souffre d'exceptions que pour quelques dermatoses qui ne s'accompagnent pas d'effraction épidermique et qui, n'offrant aucun danger de généralisation ou de retentissement sur les viscères, sont plutôt des infirmités que des maladies.

Rôle du traitement interne dans les dermatoses.

Ce qui précède suffit à montrer que nous accordons une part importante aux médications internes dans le traitement des dermatoses et en cela, contrairement à l'école de Vienne, nous sommes d'accord avec tous les dermatologistes français.

La disposition constitutionnelle, qu'on lui donne le nom de diathèse avec Bazin, ou qu'on la regarde comme une anomalie de la nutrition avec M. Bouchard, intervient dans la production de la plupart des affections cutanées; si elle peut rarement être regardée comme la seule cause de celles-ci, elle se traduit par la facilité avec laquelle les causes extérieures ou les désordres des divers viscères les provoquent. Elle doit donc être combattue toutes les fois qu'on la rencontre, toutes les fois qu'elle peut, avec quelque apparence de raison, être accusée d'être la cause du développement ou de la persistance d'une dermatose.

Le lymphatisme fournit à ce point de vue des indications précieuses dans nombre de dermatoses infantiles et dans un certain nombre de dermatoses des adultes : les négliger expose à voir s'éterniser et récidiver sans cesse ces dermatoses.

L'arthritisme est plus souvent encore en cause dans les dermatoses rebelles et étendues : la médication alcaline et diurétique doit alors être associée

aux traitements dirigés contre la dermatose elle-même et contre les localisations viscérales de la diathèse qui, elles aussi, contribuent au développement et à la persistance de l'affection cutanée.

L'herpétisme, tel que le comprenait Bazin, a disparu de la nosographie. Il n'est plus guère resté de cette partie de la doctrine du grand maître de la dermatologie française que l'emploi de l'arsenic dans certaines dermatoses, emploi systématique et souvent irraisonné contre lequel nous ne saurions assez protester.

Loin de nous l'idée de nier l'importance réelle des préparations arsenicales dans certaines dermatoses; on verra dans le cours de ce livre que nous les préconisons fréquemment. Mais, de l'utilité de ces préparations dans des cas bien déterminés, il ne faut pas induire que l'arsenic est le spécifique de ces dermatoses, qu'il agit contre elles comme le mercure contre les lésions syphilitiques.

La doctrine des médicaments ou des médications spécifiques n'est actuellement applicable, en dehors des manifestations de la syphilis, à aucune dermatose; il n'est pas un médicament qui, employé seul et dans tous les cas d'une dermatose donnée, amène constamment sa guérison : c'est là un fait d'observation dont il faut être bien pénétré lorsqu'on aborde l'étude de la thérapeutique dermatologique.

L'arsenic n'y apporte pas d'exception : il est utile dans un grand nombre de cas d'affections cutanées, il aide à leur guérison, non pas — même dans les dermatoses squameuses pour lesquelles il jouit d'une réputation quelque peu usurpée — par une action élective sur les lésions cutanées, mais par les modifications qu'il apporte dans la nutrition géné-

rale : c'est un reconstituant de premier ordre dans la plupart des états dyscrasiques ; ses indications résultent non d'une formule constitutionnelle et permanente méritant ou non la dénomination d'herpétisme, mais d'un affaiblissement général de l'organisme produit par des causes diverses, souvent accidentelles. Fréquemment il est indiqué chez des arthritiques débilités par une maladie intercurrente, par des fatigues excessives, etc.

C'est donc dans l'examen complet du malade bien plus que dans la forme d'une dermatose ou même dans les tendances constitutionnelles du sujet qu'on trouvera les raisons de recourir à la médication arsenicale.

Ce que nous venons de dire de l'arsenic s'applique à tous les médicaments prescrits à titre de reconstituants ou de dépuratifs. C'est au médecin à reconnaître ceux qui s'appliquent à chaque cas particulier, et, à propos de chacune des dermatoses, nous ne rappellerons qu'à titre d'indications ceux qui lui sont plus particulièrement applicables (1).

(1) Nous devons à ce propos faire remarquer que quelques formes de dermatoses constituent des contre-indications à l'emploi de certains médicaments : dans les affections bulleuses, on se gardera de prescrire les iodures ; ceux-ci et les bromures ne doivent être employés qu'avec grandes précautions chez les acnéiques ; l'arsenic ne doit jamais être donné au moment de poussées inflammatoires intenses et d'exacerbations des dermatoses.

Les idiosyncrasies jouent également un rôle dans l'action de quelques médicaments : le sulfate de quinine, l'antipyrine, l'acide phénique, qui rendent de grands services dans certaines formes d'urticaire et de prurits, provoquent par contre l'apparition de ces dermatoses chez quelques sujets ; on ne devra donc jamais prescrire les médicaments susceptibles de déterminer une éruption sans s'être assuré, par l'interrogatoire du malade, qu'ils n'ont jamais été la cause de ces accidents et, même en l'absence d'an-

Dans les dermatoses à marche rapide, à caractère inflammatoire, et dans les poussées aiguës des dermatoses chroniques, le traitement interne acquiert une importance particulière. Les antiphlogistiques, les purgatifs, les divers agents susceptibles de modérer l'afflux du sang vers la peau, et en particulier les médicaments vaso-moteurs comme la quinine, la belladone, l'ergotine, jouent dans leur thérapeutique un rôle au moins aussi important que dans celle des inflammations viscérales. L'antisepsie intestinale, en modérant les fermentations, les diurétiques, en facilitant l'élimination des produits toxiques de toute origine, contribuent à la guérison de nombreuses lésions cutanées.

Les affections prurigineuses sont considérablement amendées par certains médicaments internes.

Le traitement interne des dermatoses comprend non seulement les médicaments propres à combattre les tendances constitutionnelles du malade, les troubles généraux de la nutrition, et à agir sur la lésion cutanée par l'intermédiaire du système nerveux ou du système circulatoire, mais encore le traitement des lésions viscérales qui engendrent, accompagnent ou compliquent la dermatose et les prescriptions hygiéniques corrélatives, principalement au point de vue du régime. Nous reviendrons avec détails sur ces points dans les chapitres consacrés aux dermatoses d'origine viscérale.

On voit par ces considérations que la thérapeutique médicale proprement dite ne doit pas être négligée dans les affections cutanées : ses indications

técédents de ce genre, on devra en surveiller les effets, pour ne pas s'exposer à attribuer à la marche naturelle de la maladie les conséquences du traitement.

sont multiples et demandent toutes à être remplies. Les méconnaître est faire œuvre incomplète, indigne d'un médecin.

Rôle du traitement externe dans les affections cutanées.

Les anciens dermatologistes ne recouraient guère qu'au traitement interne, négligeant à peu près complètement les applications locales.

Hebra a entrepris, contre ces tendances, une réaction, qui, comme presque toutes les réactions, a dépassé le but, laissant presque absolument de côté la thérapeutique interne et le traitement des causes générales ou viscérales qui influent sur les dermatoses.

L'équilibre, qui n'a jamais été complètement rompu en France entre ces deux manières de faire, tend à s'établir de plus en plus au profit d'une thérapeutique rationnelle, utilisant, suivant les besoins de chaque cas, les moyens de traitement internes et externes.

L'exemple des manifestations syphilitiques suffirait, s'il en était besoin, à prouver que les topiques sont souvent nécessaires à la guérison des affections sur lesquelles le traitement général a le plus de prise : il est, en effet, de pratique commune, et de bonne pratique, d'agir localement sur certaines syphilides de la peau ou des muqueuses que le traitement spécifique à lui seul modifie peu ou modifie lentement et qui ne sont rapidement guéries que par l'adjonction des cautérisations ou des lavages.

En ce qui concerne les dermatoses proprement dites, il en est peu que le traitement interne guérisse

à lui seul ; presque toutes les affections cutanées, même celles qui relèvent d'une cause générale ou interne, sont modifiées, aggravées ou déformées par des agents extérieurs et, seules, les applications locales peuvent, en agissant sur le terrain cutané lui-même et en éloignant les agents modificateurs, faire disparaître les lésions externes.

Certaines d'entre elles, dues uniquement à des causes locales dont l'action est indépendante des troubles de la santé générale ou dans lesquelles ceux-ci n'interviennent que pour en modifier la réaction et les caractères cliniques, ne sauraient guérir sans un traitement local. Dans quelques cas, celui-ci doit être seul mis en œuvre, le traitement général étant impuissant à agir en quoi que ce soit sur la lésion cutanée d'ordre uniquement externe.

Nous n'avons pas à indiquer ici les différents modes d'emploi des topiques, qui seront décrits à propos de chacune des dermatoses et étudiés plus spécialement à la fin de cet ouvrage.

Signalons seulement, d'une façon générale, les indications du traitement externe.

Les dermatoses inflammatoires requièrent, presque toujours, un traitement émollient ou résolutif à leur début, ou au cours de leurs poussées aiguës : c'est seulement lorsque les phénomènes inflammatoires se sont calmés, lorsque la lésion cutanée est parvenue à sa période d'état ou de déclin, lorsqu'elle tend à s'établir d'une manière chronique, qu'on peut tenter l'emploi des médications substitutives.

La mise en œuvre de ces deux ordres de médications demande une très grande attention : le choix des émollients (cataplasmes, enveloppements, corps gras, bains, poudres inertes, etc.) est particulièrement

embarrassant, en raison de la variabilité des réactions de la peau vis-à-vis d'un même agent, suivant les susceptibilités individuelles et suivant les dermatoses; tel agent, anodin en apparence, devient irritant pour certains sujets et occasionne des poussées inflammatoires intenses qui forcent à suspendre son emploi et qui ne se reproduiront peut-être plus, si on vient à l'utiliser à une période plus avancée de la maladie. Il n'y a, sur ce point, aucune règle générale à formuler, l'observation des effets de la médication dans chaque cas peut seule guider le médecin : la prudence et la surveillance assidue doivent lui être conseillées dans l'emploi de ces traitements.

La médication substitutive, dont les agents sont des plus variés, ne réclame pas moins d'attention, dans le choix de ses agents d'abord, dans le moment de leur emploi en second lieu.

En dehors des dermatoses chroniques et peu irritables, dans lesquelles il faut, pour obtenir un effet thérapeutique, provoquer un degré un peu accusé de réaction inflammatoire, cette médication ne doit être utilisée qu'avec modération, sous bénéfice de la constatation répétée de ses effets. Toujours, d'ailleurs, l'emploi des agents substitutifs sera suivi de celui des résolutifs, pour calmer l'irritation thérapeutiquement produite.

Dans les dermatoses aiguës ou irritatives, la médication substitutive ne doit être instituée que lorsque les poussées aiguës sont calmées par les émollients et les résolutifs, et qu'il n'y a plus à craindre de voir survenir une inflammation trop considérable : là est précisément la difficulté d'interprétation et de pratique. A notre avis, le médecin ne saurait être trop prudent dans ces cas; chercher à obtenir par les

préparations de goudron, ou même par les préparations soufrées fortes, comme on le fait trop souvent, la guérison d'une dermatose inflammatoire dont l'irritation n'est pas suffisamment calmée, expose à provoquer une dermite intense et étendue, souvent difficile à guérir, dont l'emploi des émollients et des résolutifs aurait mis à l'abri.

Les tâtonnements sont souvent nécessaires pour déterminer le moment où ceux-ci doivent être abandonnés et remplacés par les substitutifs : c'est à dose faible qu'on doit tout d'abord prescrire ces derniers, quitte à augmenter les doses si l'effet obtenu est insuffisant et si la peau paraît s'accoutumer au médicament.

Le prurit, qui constitue l'un des phénomènes les plus pénibles pour les sujets atteints de dermatoses, réclame souvent une intervention locale; de nombreux agents, que nous signalerons à propos du prurigo et de l'urticaire, permettent de le modérer et peuvent être associés aux agents des autres médications.

Les caustiques chimiques ou thermiques, les procédés chirurgicaux (exérèse, grattage, scarifications, électrolyse) sont seuls applicables à certaines dermatoses que les topiques simples ne peuvent guérir, et rendent des services inappréciables.

Dans les affections parasitaires, les parasiticides sont seuls susceptibles de détruire l'agent de la maladie. Ils en seraient l'unique base de traitement s'ils atteignaient sûrement et toujours le parasite et si celui-ci ne déterminait pas des réactions cutanées diverses. Mais, ainsi que nous le verrons à propos des dermatomycoses, ces subtances détruisent souvent les tissus cutanés avant d'être arrivées à doses suffi-

santes au contact du parasite. Dans les affections parasitaires d'origine animale, les phénomènes inflammatoires provoqués par la présence du parasite obligent parfois à faire précéder l'emploi des parasiticides d'un traitement émollient ou résolutif, et les agents parasiticides eux-mêmes déterminent souvent des lésions cutanées secondaires qui doivent être traitées ultérieurement.

L'antisepsie occupe une place importante dans la thérapeutique des affections cutanées et devrait y occuper une place plus importante encore. Le siège de ces maladies, qui les rapproche des maladies dites chirurgicales, leur infection possible par les parasites habitant normalement la peau ou provenant de l'extérieur, le rôle primordial des parasites dans la production de certaines d'entre elles, tout indique qu'elles doivent être traitées par les procédés qui font l'honneur et la sécurité de la chirurgie moderne. Et cependant, il a été fait peu de progrès dans cette voie, où est pour nous l'avenir de la thérapeutique dermatologique.

Il est vrai que l'occlusion par les emplâtres, que les lavages avec les solutions antiseptiques faibles, que les applications de pommades renfermant des substances principalement ou accessoirement antiseptiques réalisent déjà en partie cette indication; mais à côté de ces procédés incomplètement et parfois inconsciemment antiseptiques, que de fautes contre l'antisepsie et l'asepsie on commet journellement dans la pratique!

Les liquides employés au lavage des surfaces malades ne sont pas stérilisés; les pommades préparées sans la moindre précaution sont conservées avec moins de soins encore, souillées par les pous-

sières extérieures, appliquées par des aides qui n'ont même pas pris la précaution de se laver les mains ; les emplâtres restent exposés au contact de l'air et de tous les microorganismes qu'il contient ; les linges qui servent aux pansements ne sont pas désinfectés, souvent même pas lavés avant d'être réappliqués sur des surfaces suintantes ; celles-ci restent sans pansement pendant un temps plus ou moins long.

Le médecin doit réagir contre toutes ces imperfections et donner lui-même l'exemple de l'antisepsie et de l'asepsie scrupuleuses, non seulement avant, pendant et après les petites opérations dermatologiques, mais encore pour les pansements les plus simples en apparence. Il évitera de la sorte plus d'une complication attribuée à la maladie cutanée elle-même, et qui n'est autre que le résultat de l'infection par les agents extérieurs ubiquitaires ou par ceux auxquels servent de support les objets de pansement et les mains des panseurs. Sur ce point, notre conviction est absolue : une dermatose, pour peu qu'elle s'accompagne d'effraction épidermique, doit être pansée avec autant de soin qu'une plaie chirurgicale.

En dehors de ces principes généraux de propreté antiseptique et aseptique, que nous n'aurions pas rappelés si nous ne les voyions si fréquemment méconnus, l'antisepsie cutanée joue un rôle curatif important dans nombre de dermatoses : les emplâtres occlusifs, les collodions simples ou médicamenteux, les pommades à base de substances antiseptiques et surtout les enveloppements humides avec des linges imbibés de liquides antiseptiques en sont les principaux moyens d'action. Ces derniers sont particulièrement utiles dans les dermatoses suppuratives

ou simplement suintantes; ils associent à l'action émolliente et résolutive de l'enveloppement les propriétés antiseptiques du liquide employé, et, surtout au début du traitement, servent à combattre les infections locales surajoutées à la dermatose. Il convient seulement de remarquer que leur emploi doit être surveillé de près, la plupart des substances antiseptiques, et entre autres la plus efficace de toutes, le sublimé, pouvant déterminer des irritations cutanées intenses chez certains sujets.

Les antiseptiques pulvérulents peuvent également servir au traitement d'un certain nombre de dermatoses, infectieuses ou infectées.

L'antisepsie dans les maladies de la peau est surtout une antisepsie de surface; ses agents ne peuvent servir à détruire les microorganismes contenus dans les tissus : contre ceux-ci les caustiques chimiques ou thermiques, les irritants qui gênent leur développement en modifiant la vitalité des tissus sont seuls à employer.

L'hydrothérapie est d'usage courant contre les dermatoses. Elle peut être employée sous forme de douches froides ou chaudes, qui agissent plutôt sur l'état général que sur la lésion locale, ou sous forme de bains qui, à l'action locale, émolliente, résolutive, antiseptique, joignent une action générale sur l'économie.

Les eaux minérales les plus diverses peuvent être employées dans certaines dermatoses : quelques-unes jouissent à ce sujet d'une réputation méritée. Leur action topique, réelle dans quelques affections cutanées, cède cependant presque toujours le pas à l'action générale sur l'économie : leurs indications sont donc fournies, moins par les caractères spéciaux

de la lésion cutanée que par l'état constitutionnel du sujet. Il convient d'ajouter que le traitement hydrique proprement dit n'est qu'un des éléments de la production des effets très remarquables obtenus par le séjour dans les stations thermales : le changement dans les conditions d'existence, le séjour à l'air, l'exercice, le régime alimentaire auquel les malades doivent s'astreindre, le repos intellectuel y prennent, de l'avis de tous, une part importante. Nous ne saurions, ici, entrer dans de plus grands détails sur les indications des eaux minérales dans les dermatoses : elles relèvent à la fois de la médecine générale et des ressources propres à chaque station ; nous indiquerons à propos de chacune des formes d'affections cutanées les stations qui lui conviennent plus particulièrement.

Comme l'hydrothérapie, le massage et l'électrisation sont plus souvent des moyens propres à modifier la nutrition générale ou les fonctions des divers organes que des procédés de traitement local des dermatoses.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT DES DERMATOSES EN PARTICULIER

CHAPITRE PREMIER

DIFFORMITÉS CUTANÉES

Nous rangeons dans ce groupe les *difformités cutanées congénitales* circonscrites (nævi avec leurs diverses variétés, sillons congénitaux) ou généralisées (ichthyose vulgaire, ichthyose fœtale, xérodermie pilaire, xeroderma pigmentosum, épidermolyse bulleuse héréditaire de Köbner, pemphigus infantile à kystes épidermiques) et les *difformités cutanées acquises*, qui sont constituées par le reliquat de lésions anciennes et éteintes, ne se modifiant plus pendant toute l'existence du sujet (cicatrices, vergetures, tatouages).

NÆVI

On donne le nom générique de nævus à toute altération congénitale et circonscrite de la structure de la peau.

Le groupe des nævi est très étendu et comprend

des altérations portant sur la vascularisation des téguments, sur leur coloration, sur l'épiderme et ses glandes annexes, sur les éléments constitutifs du derme.

Nævi vasculaires sanguins.

Exposé clinique. — Les nævi vasculaires sanguins peuvent être constitués par des taches planes, de forme, d'étendue et de coloration variables, disparaissant plus ou moins complètement par la pression, s'accusant pendant les efforts et les cris, ou par des saillies rouges ou violacées, parfois irrégulières à leur surface. Ils ont reçu, suivant leur aspect, les noms vulgaires de taches de vin, de fraises, etc., et ceux plus corrects de nævi télangiectasiques, érythémateux, plans, tubéreux, etc.

Les nævi vasculaires peuvent, surtout lorsqu'ils font un relief accusé au-dessus des téguments, former des masses mollasses sous-cutanées, constituées par une sorte de tissu caverneux; ils peuvent se transformer en tumeurs érectiles et en anévrysmes cirsoïdes, complication fréquente lorsqu'ils occupent les parties supérieures de la face et le cuir chevelu.

Traitement. — Les nævi vasculaires de petites dimensions, occupant les régions couvertes, ne réclament aucun traitement.

Les nævi peu étendus de la face préoccupent souvent les sujets qui en sont porteurs ou leur entourage, et il y a intérêt à les faire disparaître. Cette indication est plus impérieuse lorsque le nævus occupe les portions supérieures de la face ou le cuir chevelu, lorsqu'il s'accompagne de dilatations vasculaires sous-cutanées et risque de devenir l'origine d'un anévrysme cirsoïde.

Les nævi très peu étendus, constitués par une tache servant de centre à des dilatations vasculaires rappelant l'aspect de la tête de méduse (nævi télangiectasiques stellaires), disparaissent après une ou deux cautérisations avec une pointe fine de galvanocautère, et la cicatrice est trop peu étendue pour défigurer le sujet.

Contre les nævi vasculaires en nappe, d'apparence érythémateuse, on peut tenter les scarifications linéaires quadrillées et serrées qui atténuent parfois leur coloration ; mais ce traitement demande toujours un nombre considérable de séances opératoires et souvent les lésions lui résistent.

Contre les nævi plus colorés, nettement circonscrits, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 2 ou de 5 francs, on peut, chez les jeunes enfants, pratiquer la vaccination au niveau de la tumeur : la pustule vaccinale produit dans celle-ci une inflammation intense aboutissant à sa rétraction cicatricielle et, si on a eu soin de multiplier suffisamment les inoculations par piqûre superficielle ou mieux en séton, on obtient la disparition complète du nævus. Ce procédé, classique depuis Legendre, nécessite, bien entendu, l'emploi d'un vaccin pur et de minutieuses précautions aseptiques pendant l'opération et ses suites. Il a l'inconvénient de laisser des cicatrices très apparentes et doit être réservé aux nævi des parties couvertes ou du cuir chevelu.

Les caustiques chimiques (acides forts, pâtes alcalines et autres, collodion au sublimé, etc.) doivent être proscrits à cause de leur insuffisance, des hémorrhagies possibles à la chute des eschares et des cicatrices vicieuses consécutives. Les injections interstitielles de liquides coagulants (perchlorure de fer, etc.) ne

méritent aucune confiance et provoquent parfois des accidents graves.

L'ablation au bistouri, toutes les fois qu'elle est applicable sans déformation des parties et sans délabrement trop considérable, est préférable à tous les procédés moins brutaux.

Les cautérisations ignées ponctuées peuvent encore rendre des services dans les nævi vasculaires étendus : on aura soin de ne porter la pointe du thermo-cautère ou du galvano-cautère qu'au rouge sombre pour éviter les hémorrhagies; celles-ci se produisent cependant parfois abondantes malgré cette précaution, et doivent être arrêtées par des cautérisations au nitrate d'argent ou des applications de solution d'antipyrine.

La méthode qui paraît à l'heure actuelle la plus généralement applicable au traitement des nævi vasculaires est l'électrolyse. Certains auteurs, M. Brocq entre autres, conseillent d'introduire dans les nævi des aiguilles reliées au pôle négatif et de faire passer un courant de 4 à 5 milliampères jusqu'à ce que la tumeur ait pris une coloration bleu pâle. Ce procédé détruirait plus sûrement les tissus et exposerait moins aux hémorrhagies immédiates.

Nous préférons pour notre part l'introduction d'aiguilles reliées au pôle positif. Ce procédé ne tend pas à détruire les vaisseaux, mais à produire dans leur intérieur des coagulations plus denses et plus rétractiles que celles provoquées par le pôle négatif. M. Redard, qui a étudié très minutieusement (1) le traitement des nævi par l'électrolyse, con-

(1) Voir la thèse de son élève F. Heins. Thèse de Paris. 30 mars 1892.

seille d'introduire dans les nævi saillants (tumeurs érectiles) des aiguilles longues espacées de 3 à 4 millimètres les unes des autres, en ayant soin qu'elles ne se touchent pas par la pointe, d'employer un courant de 25 à 30 milliampères et de le faire passer pendant une à deux minutes ; pour éviter la production d'eschares, le pôle négatif est relié à une électrode large en étain, garnie de peau de chamois imbibée d'eau salée ; cette électrode, de forme circulaire, est appliqué au pourtour de la lésion. Lorsque le courant a passé pendant le temps indiqué, on le renverse en ramenant l'aiguille du commutateur au 0 et en faisant passer un courant de 4 à 5 milliampères ; cette dernière manœuvre a pour effet de diminuer l'adhérence du caillot à l'extrémité de l'aiguille et de permettre l'extraction de celle-ci sans la moindre hémorrhagie.

Pour les taches simples, M. Redard conseille de faire, au moyen de l'aiguille positive, un grand nombre de piqûres rapides, durant quelques secondes seulement, et réparties sur toute la surface de la tache.

Nous adoptons pleinement ce mode opératoire, à l'exception des intensités électriques : un courant de 10 à 12 milliampères est déjà très difficilement supporté par la généralité des sujets, et nous avons presque toujours été obligé de nous contenter de 5 à 7 milliampères. Cette méthode de traitement a l'inconvénient d'agir lentement, de demander des séances multiples pour peu que le nævus soit étendu et volumineux ; les progrès sont surtout très peu marqués au début et ne s'accusent qu'après plusieurs interventions ; mais on voit alors la tumeur se réduire, la coloration diminuer et cela sans le moindre

accident, pourvu qu'on observe les précautions aseptiques d'usage : nettoyage de la peau, aseptisation des aiguilles. Elle seule permet de venir à bout de tumeurs étendues et surtout de tumeurs volumineuses, saillantes, à prolongements sous-cutanés. Lorsque la tumeur, très volumineuse, est inopérable au début, l'électrolyse permet souvent de réduire ses dimensions et de préparer une intervention au bistouri qui peut alors se faire avec un minimum de délabrement.

Nævi vasculaires lymphatiques.

Exposé clinique. — Une des nombreuses lésions décrites — souvent à tort — sous le nom de lymphangiome, celle à laquelle on donne le nom de *lymphangiome circonscrit* (M. Morris), semble être une affection d'origine congénitale, par conséquent un nævus.

Cette maladie, très rare, est caractérisée par la présence de petites vésicules incolores ou rosées, disposées en groupes irréguliers, laissant écouler à la piqûre un liquide qui offre tous les caractères de la lymphe; ces vésicules reposent sur une base infiltrée à contours diffus formée de vaisseaux lymphatiques anastomosés.

Le **traitement** consiste dans la destruction par le galvano-cautère, ou mieux dans l'emploi de l'électrolyse.

Nævi pigmentaires.

Exposé clinique. — Les nævi pigmentaires (taches de café, grains de beauté, etc.) sont constitués par

des taches de coloration variant du jaune paille au brun noirâtre ou au noir bleuâtre, de dimensions et de formes très variées, toujours multiples chez un même sujet. Elles peuvent être de niveau avec la peau adjacente, ou plus ou moins saillantes et irrégulières de surface ; elles sont souvent recouvertes de poils plus ou moins nombreux, parfois durs et très longs, de coloration variable.

Les nævi pigmentaires ne constituent pas seulement une difformité souvent disgracieuse; ils peuvent, sous l'influence d'irritations répétées, devenir le point de départ de tumeurs mélaniques dont on connaît l'extrême gravité.

Traitement. — Ces deux raisons peuvent obliger à intervenir pour les faire disparaître.

L'extirpation par le bistouri est le procédé de choix lorsqu'elle est possible sans délabrement trop considérable ; à la face, elle peut nécessiter une opération plastique secondaire quand le nævus est étendu. Elle est indiquée surtout pour les nævi pigmentaires exposés par leur siège à des contusions fréquentes et pour ceux dont la coloration très foncée doit particulièrement faire redouter la transformation en tumeurs mélaniques.

La destruction par les caustiques est très souvent insuffisante et dangereuse, en raison de l'irritation qu'elle provoque dans une lésion qui, chez les sujets d'un certain âge, est un *noli me tangere ;* de plus elle expose à des cicatrices vicieuses.

La destruction par le feu est de beaucoup préférable, parce qu'elle a plus de chance d'être radicale. Elle s'applique aux nævi de petites dimensions. Dans les nævi étendus et simplement maculeux, la cautérisation ignée superficielle peut, à la condition d'être

répétée un grand nombre de fois, atténuer la coloration des nævi, sans laisser de cicatrice vicieuse; mais, pour les raisons précédemment exposées, on ne recourra à cette intervention que chez les très jeunes sujets.

L'électrolyse, qu'on a proposée comme un procédé de destruction des nævi pigmentaires, n'agit pas sensiblement sur leur coloration; par contre, elle est très utile pour détruire les poils qui les recouvrent. (Voir pour les détails de son application, T. II, p. 242.) Encore ne doit-on, par prudence, pas y avoir recours chez les sujets que leur âge expose au développement de tumeurs mélaniques.

On a essayé, pour les nævi pigmentaires plans (nævi maculeux), de décolorer leur surface au moyen de divers procédés analogues à ceux employés dans le traitement des hyperchromies. (Voir T. II, p. 53.) Les résultats en sont absolument insuffisants, et ces procédés ne méritent pas d'être recommandés.

Nævi verruqueux.

Exposé clinique. — Les nævi pigmentaires ont souvent une surface irrégulière et verruqueuse. En outre, certains nævi sont caractérisés principalement par un état analogue : de coloration jaunâtre et mamelonnés ou de coloration grisâtre due surtout aux poussières qui s'incrustent à leur niveau et recouverts de saillies papillaires allongées et minces, ils peuvent être disposés en plaques irrégulières ou en traînées parallèles à l'axe des membres; on a voulu voir à tort dans cette disposition la preuve de leur origine nerveuse.

Les nævi verruqueux ont moins de tendance que

les nævi vasculaires ou pigmentaires simples à se compliquer de lésions malignes.

Traitement. — Lorsqu'ils constituent une difformité disgracieuse, les nævi verruqueux peuvent exiger une intervention active : ablation au bistouri, laquelle est surtout indiquée dans les nævi linéaires, ou destruction par le galvano-cautère. Les applications d'emplâtres salicylés forts amènent parfois la chute des productions verruqueuses, mais celles-ci ne tardent pas à se reproduire.

Nævi kératodermiques.

Certaines formes de kératodermie des extrémités (paume des mains et plante des pieds), congénitales et familiales ou héréditaires, constituent de véritables nævi épidermiques (Voir *Kératodermie*, t. II, p. 43).

Nævi molluscoïdes.

Exposé clinique. — Les lésions décrites sous le nom de *fibroma molluscum* ou de *molluscum pendulum* sont en réalité des nævi : à preuve leur origine congénitale.

Ces tumeurs sont tantôt uniques, volumineuses, arrondies ou plus souvent pédiculées, de consistance mollasse ou dure, susceptibles de subir la dégénérescence sarcomateuse, tantôt multiples (molluscum généralisé).

Dans la forme généralisée, les tumeurs sont extrêmement nombreuses, souvent au nombre de plusieurs centaines : les unes, arrondies, sont sessiles; les autres, pédiculées, de volume variable, de consistance mollasse; elles coexistent avec des nævi pig-

mentaires plans, de coloration café au lait clair, de forme irrégulière et extrêmement nombreux, entremêlés de touffes de poils reposant sur des tumeurs sessiles. Ces tumeurs sont considérées par Recklinghausen comme des névromes.

Il est fréquent de voir un petit nombre d'entre elles acquérir des dimensions plus considérables et rappeler l'aspect des tumeurs de la forme précédente.

Traitement. — L'ablation des tumeurs gênantes par leur volume ou par leur siège, leur excision lorsqu'elles sont pédiculées, sont les seuls traitements applicables à cette affection.

Nævi adénomateux.

Exposé clinique. — Certaines lésions rares des glandes cutanées rentrent dans la classe des nævi, en raison de leur origine congénitale. Ce sont :

1° Les hidradénomes, encore désignés sous les noms de syringo-cystadénomes, d'épithéliomes kystiques bénins, de cystadénomes épithéliaux bénins, caractérisés par la présence de petites tumeurs multiples, indolentes, arrondies ou ovalaires, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, occupant la partie antéro-supérieure du thorax ;

2° Les adénomes sébacés congénitaux de Pringle (nævi vasculaires verruqueux de Darier), constitués par une saillie du volume d'une tête d'épingle à celui d'un noyau de cerise, rappelant l'aspect d'un grain de sagou, de coloration jaune blanchâtre ou rouge vif, occupant les parties latérales du nez, la région moyenne du front, le pourtour de la bouche.

Le **traitement** de ces lésions, lorsqu'il est réclamé

par le malade, consiste uniquement dans leur destruction par les cautérisations ignées ponctuées.

SILLONS CONGÉNITAUX

Exposé clinique. — Les sillons congénitaux sont constitués par une dépression circulaire, plus ou moins profonde, occupant tantôt les extrémités, tantôt la continuité des membres; la peau, à leur niveau, est indurée, scléreuse; les tissus sous-jacents sont également intéressés lorsque le sillon est profond.

Cette lésion est la première phase des amputations congénitales et coïncide souvent avec celles-ci.

Rapportée par quelques auteurs à un trouble trophique d'origine nerveuse, elle est due en réalité à l'enroulement autour du membre d'une bride amniotique, comme le prouve dans quelques cas la disposition héliçoïdale du sillon.

Traitement. — Lorsque le sillon est peu profond et ne gêne pas la nutrition du membre, il ne réclame aucune intervention. Lorsqu'il est plus profond, il peut être excisé sur toute son étendue, ou libéré par des incisions perpendiculaires à sa direction.

ICHTHYOSE

Exposé clinique. — L'ichthyose est une malformation cutanée, congénitale, héréditaire ou tout au moins familiale, occupant la presque totalité du tégument externe et caractérisée par la sécheresse

de la peau et la production de squames d'aspect variable.

Ces squames sont tantôt minces, adhérentes, formant à la surface de la peau une sorte de vernis craquelé irrégulier (ichthyose nacrée) se détachant sur une étendue variable, tantôt épaisses, de coloration grise ou brunâtre, souvent craquelées et constituant des écailles polygonales analogues à celles des serpents (ichthyose serpentine), parfois acuminées et papilliformes (ichthyose hystrix). Les lésions sont peu marquées à la face et surtout au niveau des plis articulaires.

L'affection, inappréciable ou peu apparente pendant les premiers mois de la vie, s'accuse vers l'âge de dix-huit mois ou deux ans, pour persister pendant toute l'existence en s'atténuant cependant souvent à un âge avancé. La chute des squames est bientôt suivie de leur reproduction.

Traitement. — Les médications internes ont peu d'effet sur les lésions de l'icththyose. Il y a cependant avantage, en raison de l'atrophie de l'appareil sébacé et sudoripare, à user des aliments gras et surtout de l'huile de foie de morue. L'arsenic peut également être utilisé à doses faibles et prolongées, en vertu de l'action qu'on lui attribue contre les affections squameuses en général. On a aussi proposé l'usage du jaborandi et de la pilocarpine, dont les résultats sont passagers et douteux.

Mais c'est surtout aux médications externes qu'on devra s'adresser pour amender l'état du tégument.

Lailler en a précisé les indications et fait voir le rôle des bains et des applications de corps gras (1).

(1) *Annales de dermatologie*, 1869, p, 82.

Les bains répétés tous les jours ou tous les deux jours, aidés de frictions énergiques avec du savon, au moyen de la main ou mieux d'une brosse à ongles rude, permettent de faire tomber les squames dans tous les cas légers et moyens et de décaper rapidement la surface. Lorsque les squames sont très épaisses, il peut être utile de les ramollir au moyen d'applications humides (pansements continus avec une solution de phéno-salyl à 1 pour 500, ou avec une infusion de camomille ou de fleurs de sureau, ou même cataplasmes de fécule de pommes de terre) ou d'aider leur chute dans le bain par des frictions avec un mélange de savon noir et de pierre ponce pulvérisée.

Au sortir du bain, le malade, après s'être essuyé, doit faire sur tout le corps une onction avec un corps gras. afin d'empêcher la dessication de la peau et de lui maintenir sa souplesse. Le choix du corps gras n'est pas indifférent, et sans aucun doute c'est, comme l'a montré Lailler, la glycérine qui doit être préférée : elle a l'avantage de ne pas rancir, de ne pas irriter la peau lorsqu'elle est neutre et d'absorber l'humidité atmosphérique. Elle peut être employée pure, ou sous forme de glycérolé d'amidon du Codex additionné d'un dixième d'eau de laurier-cerise (Lailler) pour masquer l'odeur un peu fade de la glycérine et calmer les démangeaisons. La quantité de glycérine doit être suffisante pour couvrir le tégument et le rendre onctueux, mais on ne doit jamais en appliquer une couche épaisse, collante à la main, qui graisserait inutilement les vêtements.

Les onctions sont faites non seulement au sortir du bain, mais répétées matin et soir.

En une semaine ou deux, suivant l'intensité de la

desquamation, la peau a repris son apparence normale et son élasticité.

On peut alors espacer les bains, ne plus faire qu'une onction glycérinée tous les jours ou tous les deux jours, puis les éloigner encore; mais le malade doit être prévenu qu'il n'est pas guéri : il est seulement « blanchi »; s'il cesse les bains et les onctions glycérinées ou s'il les espace trop, les lésions épidermiques reparaîtront et il devra revenir à un traitement plus rigoureux.

Il est peu de lésions dont l'amélioration soit aussi subordonnée à la persévérance dans l'emploi des moyens curatifs.

Ce traitement, tout palliatif qu'il est, suffit, en l'aidant par un exercice musculaire un peu actif, par la gymnastique, au besoin par des massages ou les bains de vapeur, à rendre cette infirmité très supportable : il n'entrave d'ailleurs en rien l'existence du sujet.

Les autres corps gras, huile, axonge, vaseline, lanoline, etc., sont de beaucoup inférieurs comme résultats à la glycérine. Les applications de pommades au soufre, à l'ichthyol, à l'acide salicylique, à la résorcine, au naphthol, peuvent être utiles dans les points où les productions épidermiques ont un développement plus considérable; mais leur effet n'est pas sensiblement plus actif que celui du traitement de Lailler.

ICHTHYOSE INTRA-UTÉRINE OU FŒTALE

(*Ichthyose congénitale des auteurs*, *Kératome malin congénital*).

Exposé clinique. — Cette difformité, extrêmement rare, dont les rapports avec l'ichthyose vulgaire ne

sont pas complètement élucidés, se traduit par un épaississement considérable de l'épiderme qui forme un enduit dur et résistant, sillonné de fissures profondes. Le visage de l'enfant est particulièrement hideux : la bouche est largement ouverte, immobile, entourée de sillons souvent saignants, le nez est perdu dans la masse épidermique, les yeux remplacés par des bourgeons rouges, mollasses, d'apparence charnue.

L'enfant succombe en général rapidement après sa naissance, n'ayant pu prendre aucune nourriture, épuisé par les douleurs que lui causent les fissures de ses téguments, par l'insomnie qui en résulte et par la suppuration abondante dont ces fissures deviennent le siège. On a cité cependant quelques cas où les enfants avaient survécu à des lésions présentant les caractères de l'ichthyose fœtale.

Traitement. — La seule intervention possible consiste dans des bains tièdes répétés, additionnés d'acide borique et des onctions à la glycérine, au glycérolé d'amidon ou à la vaseline boriquée. De plus, en raison de l'immobilité des lèvres, l'enfant doit être nourri à la cuiller, de préférence avec du lait d'ânesse.

XÉRODERMIE PILAIRE

Exposé clinique. — La xérodermie pilaire (*Lichen pilaire* de Hardy, *kératose pilaire* de Brocq, *ulérythème ophryogène* de Unna) est une altération cutanée très voisine de l'ichthyose, si même elle ne se confond pas avec elle.

Elle est constituée par la présence de productions cornées correspondant à l'orifice des glandes pilo-

sébacées, sous forme de squames minces et résistantes ou de saillies miliaires du volume d'une petite épingle; en raison de leur multiplicité dans une même région, ces productions donnent au toucher la sensation d'une râpe.

Ces lésions peuvent s'accompagner d'une rougeur circumpilaire plus ou moins accusée, masquant parfois la présence des productions cornées. Les poils correspondant aux glandes ainsi altérées sont atrophiés, contournés sur eux-mêmes, parfois moniliformes et finissent par disparaître dans les formes ntenses de la lésion.

Les localisations habituelles de la xérodermie pilaire sont. la partie postéro-externe du bras et de l'avant-bras, la partie antéro-externe de la cuisse et de la jambe, où elles sont particulièrement fréquentes et développées chez les sujets à tendance lymphatique.

Elles sont plus rares sur la face, où l'élément érythémateux circumpilaire atteint son plus grand développement, les lésions hyperkératosiques étant relativement peu accusées; l'atrophie des poils, la chute des sourcils en sont la conséquence. Au cuir chevelu, elles provoquent des alopécies sur lesquelles nous aurons à revenir à propos des affections du système pilaire (Voir T. II, p. 163).

La xérodermie pilaire se manifeste généralement sur les membres à l'âge de 2 à 5 ans, plus tardivement sur la face. Une fois développée, elle persiste pendant fort longtemps, atrophiant peu à peu le follicule pileux, puis finit par s'atténuer et par disparaître, laissant à sa place une minime dépression cicatricielle, au niveau de laquelle le poil a disparu. L'évolution de la maladie est donc très lente, telle-

ment lente que l'affection mérite plutôt le nom de difformité que celui de maladie véritable : c'est une dystrophie, à laquelle viennent s'ajouter, sous l'influence de l'irritation prolongée du follicule pilaire par l'hyperkératose, des troubles vasculaires qui précipitent son atrophie.

Cette affection est, comme l'ichthyose, une maladie familiale et héréditaire.

Traitement. — Le traitement général de la xérodermie est le même que celui de l'ichthyose : huile de foie de morue, arsenic, en y ajoutant les préparations iodurées (sirop d'iodure fer, sirop antiscorbutique, etc.) dont l'emploi est indiqué fréquemment par la tendance lymphatique des sujets ; dans les localisations faciales, il est nécessaire de veiller sur l'état de l'estomac, dont les troubles exagèrent la congestion périfolliculaire, et d'assurer l'antisepsie gastro-intestinale, de traiter également pour la même raison les troubles menstruels et utérins.

Localement, dans la xérodermie des membres, on prescrira les bains répétés, aidés de frictions avec du savon mou de potasse ou du savon mélangé de pierre ponce pulvérisée, du savon au soufre, à l'ichthyol ou au naphthol, et suivis d'onctions avec un corps gras, de préférence les préparations de glycérine indiquées à propos du traitement de l'ichthyose.

Les pommades soufrées, les pommades à l'ichthyol au dixième, à la résorcine à 5 0/0, à l'acide salicylique à 2 0/0 peuvent encore être utilisées dans les formes intenses, à la condition d'en cesser l'emploi dès que surviennent des phénomènes irritatifs, et lorsque les parties malades ont été décapées par l'emploi de ces topiques ; on maintient la souplesse de la peau au moyen des onctions glycérinées.

Le massage, la gymnastique, les exercices musculaires, les bains de vapeur, en exagérant le fonctionnement des glandes cutanées, sont des adjuvants utiles de ces traitements locaux, dont l'emploi doit être longtemps prolongé sous peine de voir reparaître les lésions primitives.

Dans la xérodermie dépilante de la face, on aura recours aux traitements employés contre l'acné : applications de pommade soufrée à 10 0/0, de lotions soufrées, de pommades à la résorcine à 5 0/0, à l'ichthyol à 5 0/0, badigeonnages avec une solution alcoolique d'ichthyol à 10 ou 20 0/0, applications de savon noir ; mais on aura soin de modérer ces applications, de ne laisser le soufre, l'ichthyol ou le savon noir en contact avec la peau que pendant 1 ou 2 heures par jour, de faire suivre leur emploi d'applications de poudre d'amidon ou de pommade à l'oxyde de zinc et, s'il survient une irritation tégumentaire, on les suspendra immédiatement, quitte à les reprendre lorsque cette irritation sera calmée.

Si l'élément vasculaire atteint une grande intensité, on pourra recourir aux scarifications linéaires.

Nous renvoyons pour le traitement de la xérodermie dépilante du cuir chevelu au chapitre des *Alopécies* (T. II p. 163).

XERODERMA PIGMENTOSUM

Exposé clinique. — L'affection, rare puisqu'on n'en connaît guère qu'une soixantaine d'observations, décrite sous ce nom par Kaposi, a encore reçu les dénominations de *mélanose lenticulaire progressive* (Pick), d'*atrophodermie pigmentaire* (Crocker), d'*épithé-*

liomatose pigmentaire (Besnier), de *liodermie essentielle avec télangiectasie et mélanose* (Neisser).

Débutant dans le jeune âge, elle se caractérise initialement par des taches rouges occupant les parties découvertes (face, cou, mains, avant-bras), auxquelles succèdent ou s'ajoutent des taches de coloration jaune fauve ou brunâtres, ressemblant aux taches de lentigo, mais plus irrégulières de forme ; puis la peau devient lisse ou rugueuse, sèche, et s'atrophie ; des télangiectasies en forme d'arborisations se développent dans les points atrophiés et ultérieurement apparaissent de petites tumeurs épithéliales, d'abord à peine saillantes, verruciformes, plus tard volumineuses, pouvant disparaître spontanément par exfoliation et laisser des cicatrices sèches et lisses ou évoluer suivant le type des épithéliomas cutanés, devenir fongueuses et végétantes ou ulcéreuses et destructives ; les malades succombent aux progrès de la cachexie épithéliale, le plus souvent avant d'avoir atteint l'âge de 25 ans.

Cette affection, d'origine congénitale, atteignant plusieurs enfants d'une même famille, rentre donc dans la classe des difformités congénitales, malgré sa marche progressive et son évolution naturelle vers la transformation épithéliomateuse. Cette évolution est favorisée par les irritations extérieures et particulièrement par l'exposition au soleil et à l'air vif.

Traitement. — Les médications internes semblent sans effet sur la marche progressive du xeroderma pigmentosum : l'arsenic, le chlorate de potasse, le chlorate de soude, l'iodure de potassium ont été essayés sans résultat. L'huile de foie de morue, une alimentation abondante et saine doivent cependant être prescrites pour augmenter le plus possible la

résistance organique et activer les fonctions de l'appareil sébacé, qui sont profondément troublées.

Les causes de congestion faciale doivent être écartées ; dans ce but les fonctions digestives seront particulièrement surveillées et surtout les régions atteintes seront soustraites aux irritations atmosphériques : le visage sera protégé par un voile convenable, le séjour à l'air vif et surtout à l'air de la mer, les longues stations au soleil seront interdits, en même temps que les soins de propreté les plus rigoureux seront observés.

Contre les lésions pré-épithéliomateuses on peut recourir aux lotions mercurielles avec une solution de sublimé au millième, aux emplâtres de Vigo et de Vidal (Brocq), aux pommades soufrées, aux badigeonnages à l'ichthyol en solution alcoolique à 10 ou 15 0/0, aux applications de résorcine (pommade à 3 ou 5 0/0, solution à 1 0/0), d'acide pyrogallique (Unna), mais à la condition de les surveiller de très près et d'en suspendre l'emploi s'il survient des phénomènes irritatifs accusés.

Les conjonctivites, très fréquentes, seront traitées par les lavages à l'eau boriquée ou à l'eau de camomille chaude, les applications de pommades au précipité jaune à 1/40.

Les tumeurs épithéliales doivent être traitées dès leur apparition : lorsqu'elles sont peu volumineuses, on peut en déterminer l'exfoliation au moyen des emplâtres salicylés ou des emplâtres au savon noir, pourvu qu'ils soient supportés par le tégument ; mais il est préférable de les détruire par le raclage suivi de pansements au chlorate de potasse ou à l'iodoforme et mieux encore par la cautérisation ignée.

Les tumeurs plus étendues doivent être extirpées largement pour éviter les récidives.

ÉPIDERMOLYSE BULLEUSE HÉRÉDITAIRE

Köbner a décrit sous ce nom une affection encore appelée parfois à tort *pemphigus héréditaire*, caractérisée par la tendance à la production de bulles de dimensions variables, sous l'influence des pressions et des frottements les plus légers.

Cette affection, extrêmement rare, s'observe en général simultanément chez plusieurs sujets d'une même famille, ce qui justifie son étude parmi les affections congénitales.

Traitement. — Les toniques généraux, l'huile de foie de morue et les phosphates en particulier semblent indiqués dans cette dermatose.

Les bains toniques, salés ou tanniques, peuvent également diminuer la tendance à la formation de bulles ; lorsque celles-ci se sont développées, il suffit de les panser à la vaseline boriquée.

PEMPHIGUS INFANTILE A KYSTES ÉPIDERMIQUES

Nous rapprocherons de l'épidermolyse bulleuse héréditaire, en raison de son apparition dès le jeune âge, de sa coïncidence avec l'ichthyose ou la xérodermie, de l'absence de toute cause apparente, une dermatose plus rare encore, très peu connue, caractérisée par le développement spontané de bulles

occupant surtout les parties découvertes, auxquelles succèdent de petites productions épidermiques blanches ayant l'aspect de perles disséminées sur des surfaces érythémateuses.

Traitement. — Le traitement général de cette curieuse dermatose se confond avec celui de l'ichthyose, à laquelle elle s'associe le plus souvent, et ne diffère pas de celui de l'épidermolyse bulleuse héréditaire. Les kystes épidermiques pourraient être détruits par la cautérisation ignée.

CICATRICES

Exposé clinique. — Les cicatrices, quelle que soit leur cause, sont des lésions indélébiles. Elles peuvent, au bout d'un temps long, devenir moins apparentes : elles perdent la coloration rouge de leur début ; la pigmentation qui, surtout aux membres inférieurs, les entourait s'atténue. Elles n'en restent pas moins, lorsqu'elles occupent les parties découvertes, une lésion disgracieuse que leur porteur demande souvent de faire disparaître.

En outre, les cicatrices peuvent rester indéfiniment le siège d'une vascularisation qui les rend plus apparentes, ou être entourées d'une zone infiltrée, saillante, d'apparence, sinon de nature chéloïdienne.

Elles réclament ainsi dans certains cas une intervention thérapeutique.

Traitement. — Sans parler ici des interventions chirurgicales destinées à remédier aux attitudes vicieuses provoquées par les cicatrices, nous devons donc indiquer les moyens d'atténuer ou de faire disparaître les cicatrices difformes.

Les scarifications linéaires constituent, lorsqu'elles sont faites avec soin et avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur, un merveilleux moyen de régularisation des cicatrices : en quelques séances, on fait disparaître les saillies et les dépressions de leur surface et on les rend méconnaissables; parfois même, si elles ne sont pas trop prononcées, on parvient à en effacer la trace.

Contre la pigmentation de voisinage, l'intervention thérapeutique est moins efficace; cependant les onctions avec les pommades mercurielles (pommade au calomel au 30e par exemple) l'atténuent; on a encore proposé les badigeonnages avec un mélange de bioxyde d'hydrogène et d'éther (pyrozone), dont l'efficacité est douteuse; lorsque ces cicatrices pigmentées occupent les membres inférieurs, on devra en outre s'assurer que la circulation veineuse du membre est normale et au besoin combattre l'état variqueux.

La vascularisation des cicatrices peut être diminuée au moyen des scarifications ou de l'électrolyse.

Les cicatrices chéloïdiennes réclament le même traitement que les chéloïdes proprement dites. Il faut bien savoir cependant que les saillies d'apparence chéloïdienne de certaines cicatrices, plus particulièrement celles de la scrofulo-tuberculose dermique et hypodermique, tendent à disparaître spontanément au bout d'un certain temps : avant de recourir à un traitement actif, on devra donc laisser s'écouler une période suffisante pendant laquelle on aidera la résorption de l'infiltrat par des applications d'emplâtres hydrargyriques ou de topiques iodurés.

VERGETURES

Les vergetures sont constituées par des taches légèrement déprimées, parfois saillantes, de coloration rosée à leur début, plus tard blanches et nacrées. Elles succèdent à la distension de la peau par le fait du développement rapide des tissus sous-jacents (grossesse, ascite, adipose sous-cutanée, etc.) ou de l'allongement rapide des membres (croissance exagérée, convalescence de fièvre typhoïde, etc.). Elles sont dues à la rupture des fibres élastiques du derme.

Leur cause anatomique suffit à montrer qu'il est impossible de les faire disparaître. Tout au plus pourrait-on, par le massage et par des applications grasses qui rendraient la peau plus souple, les empêcher de se produire chez les sujets exposés à leur développement.

TATOUAGES

Les sujets qui, dans des circonstances diverses, se sont fait exécuter des tatouages à la surface de la peau, demandent parfois qu'on en fasse disparaître les traces.

Traitement. — Les particules d'encre de Chine et de vermillon, qui constituent la base de presque tous les tatouages, sont tellement incrustées dans la peau que leur ablation ne peut se faire qu'en détruisant les tissus qui les renferment.

La cautérisation ignée ponctuée suffisamment pro-

fonde permet d'arriver à ce but; mais elle laisse après elle une cicatrice dont les contours sont exactement ceux du tatouage : celui-ci se trouve ainsi reproduit en blanc et l'avantage est médiocre, d'autant que les scarifications ne parviennent pas à effacer cette cicatrice.

Les irritants chimiques superficiels ne pénètrent pas assez loin pour enlever les particules colorées.

Il faut donc s'adresser aux caustiques maniés avec précaution : on parviendrait, d'après Variot, à un résultat satisfaisant au moyen de piqûres faites suivant le contour des lignes de tatouage avec des aiguilles fines semblables à celles qui servent pour le tatouage lui-même et plongées dans une solution de tanin ; en badigeonnant ensuite au nitrate d'argent on produit une eschare superficielle dont la chute laisse une cicatrice peu apparente qui se décolore assez rapidement. On a encore proposé de piquer les lignes de tatouage avec des aiguilles imprégnées de bioxalate de potasse (1). Ces méthodes demandent encore à être perfectionnées.

(1) M. Bailliot. Thèse de Paris, 8 mars 1894.

CHAPITRE II

DERMATOSES PARASITAIRES

Nous étudierons successivement dans ce chapitre les dermatoses produites par les parasites animaux (dermatozoonoses), les dermatoses produites par les parasites végétaux (dermatophyties) et les dermatoses produites par des agents microbiens, démontrés ou supposés.

I. Dermatoses produites par des parasites animaux (*Dermatozoonoses*).

Le traitement de ces affections repose surtout sur l'emploi des parasiticides. Le siège des parasites qui tantôt vivent à la surface de l'épiderme (épizoaires), tantôt habitent des cavités creusées dans le revêtement épidermique, plus rarement s'introduisent dans le derme (dermatozoaires), modifie le mode d'emploi de ces parasiticides.

Les lésions consécutives à la présence des parasites, lésions produites directement par ceux-ci ou provoquées par des infections secondaires et souvent modifiées par l'état constitutionnel du sujet, demandent souvent un traitement particulier, dont les parasiticides ne peuvent faire les frais; aussi le traitement des dermatozoonoses est-il en réalité plus com-

plexe que la simplicité de leur cause initiale ne le ferait supposer à première vue.

PHTHIRIASES

On désigne sous le nom de phthiriase ou de pédiculose les lésions produites par les poux.

Trois espèces de poux peuvent vivre en parasites sur l'homme : le pou de tête, le pou de corps ou mieux pou des vêtements, le pou du pubis.

Nous ne décrirons pas leurs caractères zoologiques, renvoyant sur ce sujet aux traités d'histoire naturelle ; nous indiquerons seulement de façon sommaire leurs habitudes et les symptômes auxquels ils donnent lieu.

Phthiriase du cuir chevelu.

Exposé clinique et étiologique. — Le pou de tête révèle sa présence par des démangeaisons et par le développement de pustules d'apparence ecthymateuse ou impétigineuse ; la sécrétion de ces pustules, mélangée à des squames, s'intrique avec les cheveux et revêt souvent la forme de petites boules sèches et grisâtres (impetigo granulata) ; au milieu de ces lésions d'aspect sordide, on voit grouiller le parasite et on rencontre les lentes disposées en séries le long des cheveux.

Les lésions impétigineuses, résultat des piqûres produites par l'animal et des excoriations de grattage infectées par les micro-organismes pyogènes banaux du cuir chevelu, se réinoculent sur les parties adjacentes, front, nuque, région rétro-auricu-

laire, et peuvent devenir le point de départ d'une éruption plus ou moins étendue d'impétigo; elles s'accompagnent de gonflement et parfois de suppuration des ganglions lymphatiques du cou et de la nuque.

La phthiriase du cuir chevelu n'est pas seulement l'attribut des miséreux; elle atteint fréquemment des enfants chez lesquels une affection du cuir chevelu a fait interrompre les soins élémentaires de la toilette, ou les sujets atteints de maladies graves dont la chevelure a été négligée et infectée par des gardes-malades.

Traitement. — Lorsque les poux sont peu nombreux, qu'il n'y a pas encore de lésions du cuir chevelu (comme il arrive souvent aux médecins après avoir approché de trop près un sujet atteint de phthiriase), il suffit de l'emploi énergique et répété du peigne fin, aidé de lotions savonneuses et de lotions avec une solution de sublimé au 1/500, pour s'en débarrasser rapidement.

Lorsque, au contraire, il existe déjà des lésions cutanées dont les sécrétions agglomèrent les cheveux, le traitement de l'affection est plus laborieux.

Toutes les fois que cela est possible, les cheveux seront coupés ras : chez l'homme et chez les jeunes sujets des deux sexes, cette règle ne souffre aucune exception; chez la femme, il est barbare de l'appliquer; cependant, chez les femmes dénuées de toute idée de propreté qui constituent une grande partie des phthiriasiques de la clientèle hospitalière, nous n'hésitons pas, si les lésions sont intenses, à faire tomber la chevelure, afin d'activer un traitement qui, sans cette mesure, demande des heures de soins.

Les croûtes qui existent sur le cuir chevelu doivent être ramollies au moyen d'onctions huileuses, ou de cataplasmes de fécule de pommes de terre appliqués pendant quelques heures, puis enlevées avec une spatule, ou encore ramollies par les pulvérisations tièdes pendant lesquelles les croûtes peuvent être détachées au moyen d'un peigne fin. Les pulvérisations avec une solution de sublimé au 1/1000 additionnée d'un 1/10 de vinaigre (Besnier) permettent de tuer le parasite tout en facilitant l'enlèvement des croûtes.

Une fois les croûtes tombées, il ne reste plus qu'à détruire les parasites et à enlever les lentes adhérentes aux poils.

La poudre de staphysaigre est classique comme parasiticide du pou ; les lotions savonneuses, les lotions avec une solution de sublimé à 1 pour 500 dans de l'eau alcoolisée ou mieux vinaigrée nous semblent préférables dans la généralité des cas. Le pétrole, mélangé d'un tiers d'huile d'olive et d'un quart de baume du Pérou, préparation très employée en Allemagne, demande trop de précautions pour être manié sans dangers et ne présente pas d'avantages manifestes. Les frictions d'onguent napolitain doivent être proscrites en raison des accidents possibles d'intoxication.

L'extirpation des lentes se fait facilement avec un peigne fin trempé dans du vinaigre chaud qui dissout la chitine.

Lorsque le cuir chevelu sera débarrassé des poux, des lentes et des croûtes, on complètera son nettoyage par des lavages au savon répétés matin et soir pendant deux ou trois jours, et on traitera par des moyens appropriés (applications de vaseline

boriquée, naphtholée ou soufrée suivant les cas) les lésions persistantes du cuir chevelu.

Phthiriase des vêtements.

Exposé clinique et étiologique. — Le pou des vêtements, encore appelé improprement pou de corps, dépose ses lentes sur les fils des tissus (linge, drap, etc.), et se réfugie dans les plis des vêtements. Il n'habite pas la peau ou ses annexes et ne vient sur les téguments que pour y puiser sa nourriture par succion.

Sa présence se traduit par un prurit souvent intense, par l'existence d'excoriations consécutives aux plaies qu'il fait à la peau ou au grattage provoqué par le prurit, excoriations reposant souvent sur une papule (papule de prurigo) ou sur une saillie urticarienne; en raison de la malpropreté habituelle aux phthiriasiques, ces excoriations, punctiformes et arrondies ou disposées en traînées linéaires, s'infectent, se transforment en pustules d'ecthyma, en furoncles, souvent accompagnés de lésions d'apparence eczémateuse et compliqués de lymphangites et d'abcès.

Lorsque les lésions sont anciennes, la peau s'épaissit, se pigmente au voisinage des excoriations, et il se produit une mélanodermie parfois très étendue, quelquefois même avec pigmentations métastatiques de la muqueuse buccale.

Les lésions phthiriasiques occupent surtout les régions sus-et interscapulaires, la ceinture, puis les membres, surtout les membres inférieurs.

Elles se rencontrent presque toujours chez des sujets misérables — d'où le nom de maladie des vagabonds donné à leurs formes extrêmes, — ou tout au moins malpropres.

Traitement. — En raison du siège du parasite, la partie la plus essentielle du traitement consiste dans le changement de linge, fréquemment répété et dans la désinfection, par l'étuve sèche ou humide ou par le soufrage, des vêtements contaminés.

Les parasites qui peuvent accidentellement persister à la surface de la peau ne résistent pas à l'emploi des bains savonneux et surtout sulfureux ; les fumigations de cinabre, couramment employées, doivent donc être rejetées (Besnier), en raison des accidents possibles d'intoxication mercurielle.

Lorsque le prurit persiste après l'emploi des bains sulfureux, on le calme avec des applications de pâte de zinc phéniquée ou mentholée à 2 0/0, d'huile phéniquée à 2 0/0, de pommade naphtholée à 10 0/0.

Si les téguments sont irrités, on combat leur irritation par des bains d'amidon et des applications de pâte de zinc.

L'ecthyma provoqué par la phthiriase est traité par les pansements humides au sublimé ou l'occlusion au moyen des emplâtres.

La pigmentation consécutive à la phthiriase ne réclame aucun traitement actif ; elle disparaît lentement sous la simple influence des soins de propreté et des bains sulfureux répétés.

Phthiriase du pubis.

Exposé clinique et étiologique. — Le phthirius inguinalis n'habite pas seulement les poils de la région génitale, mais toutes les régions du corps couvertes de poils à l'exception du cuir chevelu ; c'est ainsi qu'on le rencontre sur les poils de la paroi abdominale et thoracique antérieure, de l'aisselle, plus ra-

rement dans la barbe, sur les sourcils et les cils.

Sa présence se traduit par un prurit parfois intense, par le développement de papules de prurigo et par une lésion caractéristique, la tache bleue ou ombrée, macule légèrement déprimée qu'on a longtemps considérée comme un signe de fièvre typhoïde et de diverses autres affections, et que les recherches de M. Duguet ont rapportée à sa véritable cause, l'introduction sous la peau du produit de sécrétion des glandes salivaires du phthirius.

La phthiriase du pubis, contrairement aux deux variétés précédentes de phthiriase, est plus fréquente chez les sujets bien tenus, voire même dans les classes élevées de la société, que chez les malheureux.

Traitement. — Les onctions avec la pommade mercurielle constituent le traitement populaire de la phthiriase du pubis : elles doivent être abandonnées à cause des accidents locaux (hydrargyrie cutanée) et généraux qu'elles produisent souvent, plus encore qu'à cause de leur malpropreté.

Les lavages à l'eau chaude savonneuse, suivis de lotions avec une solution alcoolique de sublimé (sublimé 50 centigrammes, eau de Cologne et eau distillée $\tilde{aa}$ 125 grammes), constituent certainement le meilleur traitement de cette affection. Ces applications doivent être répétées 4 à 5 jours de suite sur toutes les régions atteintes.

Lorsque les poux sont nombreux et ont envahi une grande étendue des régions pileuses, on peut administrer des bains de sublimé (10 grammes par bain) après savonnage de tout le corps, à la condition qu'il n'y ait pas trop d'excoriations par lesquelles pourrait se faire l'absorption du sel mercuriel.

Lorsqu'on a lieu de redouter particulièrement les accidents auxquels exposent les préparations mercurielles, c'est-à-dire chez les sujets à peau irritable ou porteurs de lésions gingivales, on peut les remplacer par des onctions avec l'huile naphtholée à 10 0/0, répétées deux fois par jour pendant une semaine et précédées d'un savonnage à l'eau chaude.

Les poux et leurs œufs étant détruits par ces applications, on enlèvera les lentes au moyen d'un peigne fin trempé dans du vinaigre chaud ou on coupera tous les poils sur lesquels ils se trouvent.

La phthiriase des paupières peut être combattue par les mêmes procédés ou par les applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure au 1/30. Lorsque les lentes sont peu nombreuses, on peut se contenter, comme le recommande M. Jullien (1), de les extirper au moyen d'une pince à griffes.

La désinfection des vêtements est de rigueur pour empêcher la repullulation ultérieure des parasites qui peuvent y avoir émigré pendant le traitement.

PUNAISES

Les punaises provoquent, par leurs piqûres, des lésions urticariennes au centre desquelles on constate la présence d'une petite vésicule ou d'une piqûre; ces lésions urticariennes, parfois étendues et persistantes, rappelant l'aspect de l'érythème polymorphe, occupent les parties découvertes (face, cou, mains, avant-bras), où elles sont souvent disposées en traînées; elles s'accompagnent de prurit et laissent à

(1) *Bulletin de la Société française de Dermat.*, 1891, p. 457.

leur suite des papules de prurigo et des excoriations de grattage.

Traitement. — Les lotions alcoolisées (eau de Cologne ou alcool de menthe étendus de 3/4 d'eau), vinaigrées, phéniquées (eau phéniquée à 1 pour 200), calment les démangeaisons, et les lésions cutanées ne tardent pas à s'effacer.

La poudre de pyrèthre ou de staphysaigre, les lotions à l'eau phéniquée, éloignent les punaises qui doivent être détruites par le passage à l'étuve de la literie, le lavage ou le soufrage des bois et fers de lit.

PUCES

Les puces peuvent ne traduire leur présence que par de petites hémorrhagies punctiformes, entourées d'une étroite zone érythémateuse, accompagnées d'un prurit modéré; chez certains sujets, elles provoquent des éruptions urticariennes très étendues et très prurigineuses.

Traitement. — Mêmes lotions que pour les punaises. Bains répétés, changement de linge, et, au besoin, désinfection des vêtements.

COUSINS, MOUSTIQUES

La piqûre des cousins et des moustiques provoque, sur les parties découvertes, des démangeaisons souvent violentes et persistantes, des tuméfactions urticariennes parfois très étendues, au centre desquelles on retrouve la trace de la piqûre.

Traitement. — Ces phénomènes peuvent être cal-

més par les lotions déjà signalées à propos des punaises, par les larges applications de poudre d'amidon. Si les lésions cutanées sont intenses, on peut faire des lotions avec des infusions de plantes aromatiques : menthe, mélilot, camomille, ou astringentes : feuilles de noyer, rose de Provins.

Les lotions phéniquées et camphrées éloignent ces parasites, de même que la combustion de plantes aromatiques ; mais les meilleurs moyens de s'en préserver sont l'usage de moustiquaires en bon état et l'habitude de ne jamais ouvrir les fenêtres des pièces éclairées.

GUÊPES, ABEILLES, FRELONS

Les symptômes dus à la piqûre de ces animaux sont analogues à ceux produits par les moustiques, mais plus intenses ; des phénomènes inflammatoires graves peuvent leur succéder.

Le **traitement** consiste surtout dans les lotions avec des solutions phéniquées ou ammoniacales très étendues.

CHENILLES PROCESSIONNAIRES

Leur passage à la surface de la peau provoque le développement d'une éruption polymorphe, le plus souvent papuleuse, parfois simplement érythémateuse ou urticarienne, prurigineuse, occupant les parties découvertes : face, cou, mains, avant-bras, et surtout les jambes malgré la présence des bas.

Traitement. — Mêmes lotions que contre les

piqûres de punaises; bains d'amidon, onctions grasses.

GALE

Exposé clinique et étiologique. — Produite par la présence sur le tégument de l'*acarus scabiei*, la gale se traduit par un prurit souvent intense, à prédominance nocturne, et par des lésions cutanées polymorphes.

Outre le sillon, lésion pathognomonique constituée par une ligne grisâtre ou noirâtre, parsemée de petits points plus foncés, de forme irrégulière, de 1 millimètre à 1 ou 2 centimètres de longueur, à l'une des extrémités de laquelle on aperçoit l'acare sous forme d'un point blanc, celui-ci donne lieu à la formation de petites vésicules transparentes et cristallines. A ces lésions sont associés des papules rouges, excoriées à leur partie centrale et recouvertes d'une petite croûte brunâtre (papules de prurigo consécutives aux grattages) parfois des éléments urticariens dus à la même cause, des lésions d'apparence eczémateuse encore dues en grande partie aux traumatismes exercés par les ongles du malade, enfin des lésions suppuratives.

Ces dernières, représentées par des pustules de dimensions variées, par des croûtes d'impétigo, par des furoncles, parfois même des abcès accompagnés de lymphangite et d'adénite, sont le résultat de l'infection des lésions primitivement acariennes ou des lésions de grattage par les microorganismes pyogènes qui existent normalement ou accidentellement à la surface de la peau. Ces lésions para-acariennes, dont la topographie est la même que celle des lésions provoquées directement par l'acare, jouent

un rôle important dans la symptomatologie de la gale et réclament parfois un traitement spécial.

Les lésions de la gale peuvent occuper presque toute la surface cutanée (l'extrémité céphalique exceptée), mais ont des sièges de prédilection : mains et en particulier espaces interdigitaux, partie antérieure des poignets, partie postérieure des coudes, paroi antérieure de l'aisselle, seins chez la femme, région de la ceinture, fesses, organes génitaux de l'homme, creux poplités, pieds surtout chez l'enfant. C'est dans ces diverses régions qu'il faut rechercher les lésions caractéristiques ; mais, alors même que l'affection semble localisée à quelqu'une de ces régions, les parasites l'ont déjà dépassée et le traitement local réduit aux points lésés serait insuffisant pour guérir la maladie.

L'acare se déplace surtout pendant la nuit, sous l'influence de la chaleur, d'où la transmission habituellement nocturne de la gale. Pendant ses déplacements, il peut quitter la surface de la peau, errer sur les vêtements, sur les draps du lit, et la maladie peut ainsi se transmettre indirectement.

Les espèces d'acares propres aux animaux peuvent émigrer chez l'homme : le plus souvent elles y meurent vite, et les gales d'origine animale guérissent rapidement et presque spontanément. Quelques-unes cependant sont tenaces et particulièrement intenses : telles sont : la gale du loup (Mégnin), qui provoque chez les sujets cachectiques des lésions pustuleuses et croûteuses considérables connues sous le nom de gale norvégienne, et la gale du cheval, qui dans certains cas (Besnier) détermine des lésions généralisées avec érythrodermie et éruptions vésiculeuses miliaires.

Prophylaxie. — Quoique la gale ne se transmette habituellement que dans les contacts nocturnes, les personnes qui se trouvent en relation avec les galeux devront prendre des soins de propreté minutieux.

Les vêtements et le linge de lit des galeux doivent être désinfectés soit par le passage à l'étuve (l'étuve sèche suffit en pareil cas), ou au soufroir, soit par la lessive. Cette précaution doit toujours être prise au moment même où le malade est soumis au traitement, afin d'éviter les récidives ultérieures provoquées par la persistance des acares dans les vêtements.

Dans le même but prophylactique, tous les membres d'une même famille doivent se traiter simultanément, pour ne pas devenir l'origine de nouvelles contaminations successives.

Traitement. — Le traitement local est seul applicable à la gale. Il doit se proposer de détruire le parasite et de guérir les lésions cutanées provoquées par lui directement ou indirectement.

Le traitement classique de la gale est le traitement par les préparations soufrées : il a été formulé par Bazin, perfectionné par Hardy ; c'est lui qui est appliqué journellement à l'hôpital Saint-Louis, où il est désigné sous le nom vulgaire de *frotte.*

Il consiste en trois opérations successives :

1° Friction énergique pendant 20 minutes avec du savon noir, au moyen des mains, en commençant par les parties inférieures du corps, remontant successivement sur toute la surface cutanée et insistant surtout sur les régions qui sont le siège de prédilection des lésions. A la frotte publique, la friction est faite par le patient lui-même sur les extré-

mités et la face antérieure du corps, par un autre malade sur la région dorsale. Au traitement payant, elle est exécutée par un infirmier.

2° Bain tiède de 3/4 d'heure, pendant lequel le malade doit se frictionner encore énergiquement.

3° Friction sur tout le corps, exécutée, pendant vingt minutes comme la friction au savon, avec la pommade d'Helmerich modifiée par Hardy :

Soufre sublimé et lavé....................	50 gr.
Sous-carbonate de potasse..................	25
Axonge...............................	300

Le malade, tout en conservant la pommade, revêt ses vêtements qui ont été passés à l'étuve pendant la durée du traitement et prend un bain tiède le lendemain.

Les diverses phases du traitement sont faciles à comprendre : la friction avec le savon noir ramollit l'épiderme, facilite l'ouverture des sillons, des lésions vésiculeuses et pustuleuses ; le bain continue son effet, enlève le savon : l'acare et ses œufs sont ainsi mis à nu et cessent d'être protégés contre le parasiticide, qui les atteint sûrement pendant un contact prolongé de plusieurs heures.

Ce traitement rapide permet de ne pas hospitaliser les galeux et guérit 90 à 95 0/0 d'entre eux (Besnier). Il est applicable à la grande majorité de ces malades. Il conviendrait seulement de ne pas prolonger, autant que le veut la coutume, le contact de la pommade soufrée : chez les sujets à peau irritable ou irritée, cette pratique provoque souvent des lésions cutanées trop intenses (Besnier).

Celles-ci sont d'ailleurs assez fréquentes pour que la plupart des médecins de l'hôpital Saint-Louis prescrivent une série de bains amidonnés à prendre pen-

dant les jours qui suivent le traitement de la gale.

Le traitement précédent peut être appliqué en dehors de l'hôpital avec quelques modifications, et M. Besnier le formule de la façon suivante :

1° Frictions pendant dix minutes de toute la surface du corps, et spécialement des régions de prédilection de la gale, à l'aide d'une brosse à main un peu large, avec de l'eau chaude et du savon à volonté.

2° Bain tiède de vingt minutes pendant lequel le malade continue à se frictionner et à la sortie duquel il s'essuie avec une serviette un peu rude.

3° Friction sur tout le corps, également à l'aide d'une brosse à main, avec la pommade suivante :

Soufre précipité	40 gr.
Carbonate de potasse	10
Menthol	0,25 à 1
Lanoline	aa 100 gr.
Vaseline ou axonge	

4° Au bout d'une heure, pendant laquelle le malade se couvre entièrement le corps, y compris les mains, lavage dans le bain ou avec une éponge, de l'eau chaude et du savon, puis application de pommade de zinc, de vaseline ou de cold-cream, et poudrage à l'amidon.

Si les sillons étaient nombreux, si le médecin constate le lendemain la persistance de sillons intacts et si la peau n'est pas trop irritée, renouveler le traitement.

Ces traitements rapides, pour lesquels on peut d'ailleurs modifier les formules de pommade soufrée suivant l'état des téguments (on peut également modifier l'excipient, en remplaçant les graisses par la glycérine comme dans la pommade de Bourguignon ou se servir de la solution de Vleminckx : soufre

précipité 125 grammes, chaux vive 75 grammes, eau 125 grammes, réduire par ébullition à 750 grammes), font de la gale une des dermatoses les plus facilement et les plus rapidement curables.

Il ne faudrait cependant pas croire qu'ils doivent ou peuvent être prescrits indistinctement à tous les galeux.

Les lésions cutanées les contre-indiquent souvent, soit qu'elles revêtent le type eczémateux, auquel les applications soufrées donneraient une poussée énergique, remplaçant par des lésions irritatives considérables une dermatose relativement bénigne, — soit qu'elles se traduisent par des pustules dont la rupture rendrait très douloureux l'emploi de la pommade soufrée et qui risqueraient de devenir l'occasion d'inoculations multiples dans tous les points mis à nu par les frictions.

Dans ces cas, on peut, avant de recourir à un traitement actif, soigner les complications eczémateuses par les émollients (bains d'amidon, cataplasmes de fécule de pommes de terre, enveloppements humides, pommade à l'oxyde de zinc additionnée de menthol ou d'acide phénique), faire disparaître les lésions pustuleuses au moyen des pansements antiseptiques humides indiqués pour le traitement de l'ecthyma, et, lorsque les lésions secondaires auront disparu, recourir au traitement de la gale. Il est préférable encore d'employer des substances qui, tout en détruisant le parasite, n'irritent pas le tégument et même calment son irritation.

Le naphthol β, préconisé par Kaposi, rend en pareil cas de grands services : on l'emploie en pommade à 10 ou 15 0/0, additionnée de menthol ou d'acide phénique ; cette pommade est appliquée plu-

sieurs jours de suite, pendant lesquels le malade prend chaque jour un bain simple ou savonneux; il faut reconnaître que ce mode de traitement, s'il vient parfois assez rapidement à bout de la gale, échoue souvent; mais il peut toujours servir à atténuer les symptômes de la gale jusqu'à ce que les complications inflammatoires aient disparu, et qu'il soit possible alors de faire subir au malade le traitement rapide.

Le baume styrax et le baume du Pérou, incorporés à la vaseline ou à l'huile dans la proportion de 5 à 25 0/0, avec addition de 0,25 à 1 0/0 de menthol (Besnier), constituent encore des agents antipsoriques fort utiles dans ces cas.

Les onctions d'huile simple ou mentholée, suivies d'un saupoudrage au soufre précipité (Sherwell), répétées 5 ou 6 soirs de suite, permettent de guérir la gale sans trop irriter les téguments.

Ces traitements conviennent encore chez les sujets auxquels un état pathologique des viscères (cœur, poumons) ne permet pas d'administrer les bains suivant la formule classique de l'hôpital Saint-Louis, chez ceux qui sont atteints d'albuminurie antérieure à la gale ou provoquée par celle-ci et dont les téguments doivent être ménagés, chez les femmes enceintes, auxquelles les bains répétés et les vives excitations cutanées doivent être épargnés. Dans ces divers cas, les bains ne doivent être administrés que dans la mesure raisonnable, et l'enduit laissé par les pommades serait de préférence enlevé au moyen de lavages à l'eau savonneuse chaude.

Chez les jeunes enfants, l'irritabilité du tégument ne permet pas non plus l'emploi du traitement rapide de la gale, et on devra se contenter des pommades au

naphthol, au baume styrax et au baume du Pérou et des onctions huileuses avec applications de soufre précipité. Ces traitements peuvent même, lorsqu'on en fait porter l'application sur la totalité du corps, provoquer des accidents graves, imputables soit à une intoxication, soit à la perturbation des fonctions cutanées; il sera donc prudent, chez les très jeunes sujets, de ne pas faire les onctions sur toute l'étendue des téguments (Besnier), mais de traiter successivement des territoires restreints, deux membres à la fois par exemple : la durée du traitement sera ainsi allongée, mais il sera inoffensif; les bains répétés qu'on peut administrer sans crainte aux enfants contribueront d'ailleurs à l'abréger.

Les divers traitements de la gale, et surtout les traitements actifs, provoquent fréquemment une albuminurie passagère, dont il faut connaître la possibilité, mais dont on aura rarement à se préoccuper.

Ils provoquent également des poussées inflammatoires du tégument; bien des malades, croyant que le traitement devait les débarrasser immédiatement de toute lésion cutanée, s'imaginent qu'il a échoué parce qu'ils éprouvent encore les jours suivants des démangeaisons, parfois même plus intenses qu'auparavant, et que leur peau est excoriée, souvent irritée. Des bains d'amidon répétés, des applications de pommade de zinc lorsque les bains sont mal supportés ou que les lésions ont quelque intensité, en viennent à bout rapidement si l'on a soin d'y adjoindre une hygiène alimentaire supprimant toute cause gastro-intestinale d'irritation cutanée.

Mais, à côté de ces faits où le prurit et les irritations cutanées sont pour ainsi dire normaux, rentrent dans le plan habituel des phénomènes consécutifs au trai-

tement de la gale, il en est d'autres où ces phénomènes sont anormaux par leur prolongation et par leur intensité.

Trois cas peuvent alors se présenter.

Ou bien il s'agit d'une rechute de la gale : tantôt le traitement a été incomplet, quelques sillons ont résisté aux frictions, et les acares qu'ils renfermaient n'ont pas tardé à proliférer ; tantôt la désinfection des vêtements n'a pas été complète et le malade s'est réinfecté. On constate alors, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, des lésions récentes, des sillons entiers qui ne peuvent laisser de doute sur l'existence actuelle de la gale. Il faut alors prescrire un nouveau traitement, en insistant tout particulièrement sur la désinfection des vêtements et des linges de corps du malade.

Ou bien, il s'agit d'un sujet à peau prédisposée, chez lequel l'irritation acarienne ou thérapeutique a provoqué le développement de lésions eczémateuses persistantes, comme l'aurait fait toute autre irritation tégumentaire. Il faut alors, après avoir constaté l'absence de toute lésion de gale, traiter le malade en eczémateux qu'il est.

Ou bien encore le malade, le plus souvent un nerveux, à antécédents névropathiques plus ou moins manifestes, éprouvant un prurit quelconque, ou simplement suggestionné par sa maladie antérieure, se croit de nouveau atteint de gale : il en raconte complaisamment les symptômes, insistant sur l'intensité du prurit, sur ses ressemblances plus ou moins éloignées avec le prurit acarien. Le caractère du prurit, moins nettement nocturne que dans la gale, les localisations des lésions qui ne correspondent pas à celles de la gale, l'absence de toute lésion

propre à celle-ci, permettent de reconnaître qu'on a affaire à un acarophobe et non à un acarophore. Reste à en convaincre le malade, à lui faire accepter le traitement régulier de l'affection dont il est atteint, les médicaments nervins et les douches tempérées qui calmeraient son excitabilité nerveuse. Parfois, à bout de ressources, le médecin est forcé de conseiller, à titre expérimental si le sujet est de ceux qui se laissent convaincre par ce procédé, à titre suggestif en cas contraire, un nouveau traitement de la gale, qu'il aura soin de mitiger autant que possible, en s'adressant de préférence aux applications de naphthol ou aux pommades soufrées faibles.

DERMANYSSES

Ces acariens, parasites des gallinacés, provoquent, chez les éleveurs de volailles et chez les sujets qui les plument, une éruption de papules accompagnée de prurit, occupant les mains et les avant-bras.

Le **traitement** de cette éruption peu rebelle consiste dans des applications de pommade soufrée au 20e, l'emploi des bains sulfureux, ou des lotions à l'eau vinaigrée ou phéniquée à 1 0/0.

DEMODEX FOLLICULORUM

Voir *Acné* (T. II, p. 131).

ROUGET

Ce parasite, larve d'un acarien, provoque, chez les sujets qui se sont couchés sous des arbres dont il

habite l'écorce, des papules, parfois des vésicules et des pustules situées à la base des poils des membres et très prurigineuses, dans lesquelles on constate sa présence.

Le **traitement** consiste dans des lotions avec une solution phéniquée à 1 0/0 ou une solution de sublimé à 1 p. 1000, et des applications de pommade soufrée à 5 0/0.

CHIQUE OU PUCE DES SABLES

La femelle fécondée de cet animal, qui habite les bois et les cases malpropres sur la côte occidentale d'Afrique et dans l'Amérique intertropicale, s'attaque aux pieds des sujets qui marchent sans chaussures et pénètre le plus souvent au niveau des plis articulaires des orteils, ou au niveau des sillons sous-unguéaux; elle provoque une douleur locale et la formation d'une tumeur, du volume d'un pois chiche, dont la rupture peut déterminer des lésions inflammatoires et des ulcérations pénétrant jusqu'aux os.

Le **traitement** consiste dans l'ablation du kyste avec une aiguille, un bistouri ou des ciseaux fins, en ayant soin de ne pas le rompre et, s'il est rompu, dans la cautérisation avec le nitrate d'argent suivie de pansements antiseptiques.

IXODES OU TIQUES

La femelle fécondée de cet animal, parasite fréquent des chiens courants, enfonce sa tête dans le tégument pour aspirer le sang, tandis que son corps reste à la surface de la peau, formant une tumeur

arrondie et violacée. On l'observe surtout au cou et au cuir chevelu chez les chasseurs et les éleveurs de chiens.

Le **traitement** se réduit à des onctions avec de l'huile simple ou phéniquée ou de l'essence de térébenthine : l'animal retire son proboscide et tombe spontanément. Il faut se garder d'exercer des tractions qui rompraient la tête : celle-ci resterait dans la peau et provoquerait des phénomènes inflammatoires.

LARVES DE DIPTÈRES

Un certain nombre de larves de diptères peuvent pénétrer sous la peau des régions découvertes ou provenir de l'éclosion d'œufs déposés à la surface de plaies; elles donnent lieu à des tumeurs d'apparence furonculeuse dans lesquelles on voit parfois la larve se mouvoir. Pour certaines d'entre elles, les lésions ne se limitent pas aux téguments : les larves, pénétrant sous les muqueuses, provoquent des accidents graves connus sous le nom de *myiasis*; telles sont surtout les larves de la *lucilia hominivorax*, qui s'observe dans l'Amérique centrale.

Il faut encore citer, parmi celles dont les ravages se limitent à la peau, le ver macaque, larve de la *dermatobia noxialis*, observé dans l'Amérique centrale, le ver du Cayor (Sénégal), larve de l'*ochromya anthropophaga*.

Le **traitement** des lésions causées par ces parasites consiste dans l'extraction du ver faite avec ménagement pour éviter sa rupture, s'il est renfermé dans une tumeur furonculoïde; dans le lavage des plaies au moyen de solutions antiseptiques, phéniquées ou

créosotées de préférence, et dans leur pansement avec les mêmes solutions, avec l'alcool camphré, le baume styrax, etc.

FILAIRE DE MÉDINE, OU DRAGONNEAU, OU VER DE GUINÉE

Ce parasite, hôte de petits crustacés d'eau douce, pénètre dans le corps humain par le tube digestif suivant certains auteurs, par le tégument externe suivant d'autres, qui basent leur opinion sur son siège au niveau des parties découvertes (pieds et jambes surtout). Il s'observe sur la côte occidentale d'Afrique, en Arabie, sur le littoral du golfe Persique, sur les bords du Gange, surtout dans les endroits humides et marécageux.

Le ver, qui peut atteindre de 50 centimètres à 3 mètres de longueur, est renfermé dans une petite tumeur ovale, de consistance médiocre; à la partie centrale de celle-ci, on voit apparaître une petite phlyctène par laquelle une des extrémités du parasite fait issue au dehors.

Le **traitement** consiste dans l'extraction du ver, que l'on enroule avec précaution autour d'une baguette, en évitant de le rompre; cette opération demande plusieurs heures. Si le ver se rompait, il faudrait, pour éviter les accidents inflammatoires et les suppurations provoquées par l'issue de ses embryons, injecter de la teinture d'iode dans le kyste.

Forbes (1) a proposé l'administration du soufre à l'intérieur, à la dose de 6 grammes pendant 10 jours,

(1) *Lancet*, 24 février 1894.

puis de 50 centigrammes par jour, et aurait obtenu ainsi la mort du ver.

Pour éviter cette affection, on a préconisé l'usage exclusif de l'eau bouillie et filtrée, additionnée d'une petite quantité d'acide citrique.

CYSTICERQUES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

La *ladrerie*, rare chez l'homme, se traduit par la présence de tumeurs rondes ou ovalaires du volume d'une cerise à celui d'une olive, ordinairement multiples et quelquefois extrêmement nombreuses, dures, non adhérentes à la peau, renfermant chacune un cysticerque.

Le **traitement** consiste dans l'extirpation des kystes, ou mieux dans leur ponction avec une seringue de Pravaz suivie ou non d'injection de teinture d'iode dans leur cavité.

PAPULOSE FILARIENNE

Cette affection, très rare, observée sur la côte occidentale d'Afrique, où elle est connue sous le nom de *craw-craw*, au Brésil et en France (Nielly), est due à la pénétration directe des œufs de certaines filaires dont l'embryon se développe dans la peau et atteint au plus 1 millimètre de long. Elle se traduit par le développement de petites papules rouges, centrées par une vésiculo-pustule, occupant les avant-bras, les mains, les coudes, les fesses, les cuisses (1).

(1) On trouvera à l'article *Eléphantiasis* (T. II p. 56) le traitement des lésions cutanées provoquées par les filaires occupant les voies lymphatiques.

Le **traitement** consiste dans l'emploi des parasiticides faibles : lotions de sublimé, lotions phéniquées, pommade soufrée.

II. Affections parasitaires de la peau produites par des champignons (*Dermatomycoses*).

Les champignons parasites sont la cause de dermatoses nombreuses, presque toutes rebelles.

Celles de ces dermatoses qui occupent les poils sont plus spécialement désignées sous le nom de *teignes*.

Sans vouloir nous livrer ici à des considérations générales hors de propos sur les dermatomycoses, nous rappellerons, pour ne pas avoir à y revenir à l'occasion de chacune d'elles, les principes qui doivent présider à leur traitement.

La nature parasitaire de ces affections a conduit à rechercher des méthodes parasiticides qui, pour beaucoup de médecins, sont encore l'idéal dont il faut tendre à se rapprocher. Ces médications seraient, en effet, parfaites, si on pouvait obtenir la destruction du parasite sans nuire à la vitalité des tissus qui lui servent de support.

Malheureusement il est loin d'en être ainsi. Tous les essais qui ont été tentés dans ce sens, par les procédés les plus divers, n'ont jamais pu détruire les parasites — à supposer même qu'ils les détruisent tous dans un cas donné, ce que les récidives ultérieures ne permettent pas d'admettre — sans altérer profondément les tissus cutanés, sans y causer des désordres autrement plus graves que ceux résultant de l'action du parasite lui-même.

M. Besnier, qui a développé ces considérations avec une très grande largeur de vues (1), fait remarquer que le parasite isolé sur le porte-objet d'un microscope ne peut être comparé au parasite habitant un tissu vivant : le parasiticide qui détruit le premier ne peut atteindre le second qu'en intéressant simultanément les cellules qui l'avoisinent. Or la résistance des cellules vivantes aux propriétés chimiques du parasiticide est de beaucoup moindre que celle du parasite aux propriétés parasiticides de ce même agent. Les cellules épidermiques ou les poils sont détruits ou enflammés en même temps que le parasite est tué, et plus souvent avant qu'il ne soit tué.

En réalité, les médications dites parasiticides ne sont que des procédés d'avulsion du parasite par irritation épidermique. Il importe d'être bien fixé sur ce point.

L'avulsion du parasite est, en fait, le but auquel il faut tendre dans le traitement des dermatophyties. L'obstacle, comme le dit M. Besnier, est la difficulté de parvenir à avulser tous les poils et toutes les cellules épidermiques infectées.

Suivant le siège du parasite, on aura pour arriver à ce but l'extirpation du poil par des procédés mécaniques ou la desquamation de l'épiderme par les irritations chimiques.

Nous décrirons, dans le chapitre des dermatomycoses, le favus, la trichophytie, la pelade, la piédra, le pityriasis versicolore, le pityriasis circiné et marginé de Vidal, l'érythrasma, l'actinomycose et le pied de Madura ou mycétome.

(1) *Académie de médecine*, 8 janvier 1884.

Pour la plupart de ces affections, la preuve est faite de leur nature parasitaire et du caractère mycotique de ce parasite.

Pour le pityriasis circiné de Vidal, des recherches nouvelles seraient nécessaires; mais, en l'état actuel de la question, cette affection ne saurait être placée ailleurs que dans le cadre des dermatophyties.

Pour la pelade, nous ne nous dissimulons pas que son admission au nombre des dermatophyties est des plus discutables. Si la nature parasitaire d'un certain nombre des faits désignés actuellement sous le nom de pelade est absolument certaine, rien ne prouve que le parasite soit un champignon, et les insuccès auxquels ont abouti toutes les recherches tendraient plutôt à faire croire qu'il est de nature bactérienne. Cependant, en raison des analogies de cette affection avec la trichophytie et le favus, analogies qui font désigner leurs localisations au cuir chevelu sous le nom commun de teignes, nous n'avons pas cru devoir rejeter la pelade dans un autre chapitre, où elle aurait été d'ailleurs tout aussi artificiellement introduite. D'ailleurs l'illogisme qui consiste à ranger la pelade contagieuse dans le groupe des dermatophyties n'est pas plus flagrant que celui qui conduit tous les auteurs à désigner sous le même nom de pelade une affection parasitaire et des alopécies d'origine manifestement nerveuse.

FAVUS

Exposé clinique et étiologique. — Le favus résulte de la présence et de la prolifération dans la peau et les organes pilaires d'un parasite végétal connu sous

le nom d'*achorion Schönleinii* ou mieux (Quincke, Unna, Sabrazès, Bodin) de plusieurs parasites végétaux dont l'étude est encore loin d'être terminée, et (Bodin) qui donnent tous lieu à des caractères cliniques identiques.

Il se traduit ordinairement par le développement d'une lésion spéciale, qui a reçu le nom de godet favique et se montre sous la forme d'une saillie arrondie, aplatie, déprimée à sa partie centrale (d'où son nom), de coloration jaune soufre ; ces godets, qui prennent naissance au niveau d'un organe pilaire, se réunissent par confluence en masses jaunâtres plus ou moins étendues, à contour plus ou moins nettement polycyclique, à surface inégale. Les poils envahis par le parasite sont étouffés par lui ; leur papille, également envahie, est détruite, de sorte que les parties atteintes de favus sont le siège d'une alopécie cicatricielle irrémédiable, plus ou moins étendue suivant l'ancienneté des lésions.

Le siège de prédilection du favus est le cuir chevelu, où il peut se développer dans tous les points de sa surface, avec cette restriction seulement qu'il en respecte constamment la bordure.

Dans quelques cas rares de favus du cuir chevelu, les godets font défaut et la maladie se caractérise uniquement par l'aspect terne et la décoloration des poils envahis par le parasite.

Le favus peut se développer également sur les parties glabres de la peau, où il affecte la forme de godets analogues à ceux du cuir chevelu ou celle de taches squameuses offrant quelque ressemblance avec les lésions épidermiques dues aux trichophytons (favus squameux, favus circiné, favus herpétique).

On peut encore le rencontrer dans les ongles, où il se traduit par la présence de taches blanc jaunâtre ou jaunes, par l'exfoliation et l'irrégularité de la surface de l'ongle.

Le favus s'observe presque exclusivement dans les classes pauvres et chez les sujets habitant les campagnes ; il se transmet par contagion d'homme à homme, plus difficilement que la trichophytie. Les animaux domestiques : les chats, les poules, ainsi que les souris, peuvent être l'origine de la transmission à l'homme du favus dont ils sont atteints. De plus le parasite, qui a vraisemblablement une existence saprophytique (Bodin), paraît être transmis parfois par des corps inanimés.

Le favus débute toujours dans l'enfance, mais en raison de sa durée illimitée lorsqu'il n'a pas été soumis à un traitement convenable, s'observe également chez l'adulte qui en a été atteint dans son jeune âge.

Traitement du favus du cuir chevelu. — Comme dans toutes les affections parasitaires du cuir chevelu, il est nécessaire de commencer le traitement par la coupe des cheveux, et ici le sacrifice de la chevelure est plus que partout ailleurs indispensable pour mettre à nu toutes les lésions, souvent très disséminées, et demandant toutes une surveillance attentive, pour faciliter des applications locales toujours minutieuses et qui doivent être longtemps prolongées. Il ne sera fait aucune exception à cette règle, même chez les sujets du sexe féminin ; d'ailleurs les faviques sont généralement jeunes et appartiennent presque tous, sinon tous, à des classes sociales pour lesquelles la coquetterie est un médiocre souci.

Les cheveux doivent donc être coupés courts, ou

mieux ras, mais toujours aux ciseaux (Besnier) et maintenus ainsi pendant toute la durée du traitement. La première coupe des cheveux sera parfois rendue difficile par la présence des productions faviques et des lésions irritatives qui les accompagnent ; elle sera complétée et régularisée dès que le cuir chevelu sera débarrassé de tous ces produits étrangers.

L'ablation de toute la matière favique constitue la première phase, ou phase préparatoire du traitement du favus. Il est, en effet, tout indiqué d'enlever par des moyens mécaniques la plus forte partie possible des parasites qui encombrent le cuir chevelu.

Les applications de cataplasmes de fécule de pommes de terre pourraient servir à ramollir les godets et à en faciliter l'avulsion, soit avec la main, soit au moyen du bord d'un coupe-papier, d'une spatule ou d'une curette non tranchante.

Il vaut mieux, suivant le conseil de M. Besnier, employer dans ce but le savon noir additionné d'axonge en proportions égales : le mélange est laissé en place pendant deux ou trois heures, puis toute la surface du cuir chevelu est lavée à l'eau chaude, frictionnée vigoureusement avec la main ; l'usage d'une petite douche en pluie, ou des pulvérisations avec un petit pulvérisateur à vapeur, facilite la chute des godets. L'enveloppement du cuir chevelu pendant la nuit, avec des compresses trempées dans une solution boriquée faible ou simplement dans l'eau bouillie et recouvertes d'une toile imperméable (taffetas gommé, toile caoutchoutée) ou d'un bonnet de caoutchouc, complète le ramollissement de l'enduit favique, qui peut être enlevé en totalité le jour suivant au moyen de lavages savonneux, en s'ai-

dant au besoin du grattage avec un corps mousse.

Les applications de glycérine ou d'huile additionnée ou non d'antiseptiques légers peuvent remplir le même but, lorsque les productions faviques sont peu épaisses.

Après nettoyage des surfaces malades par les moyens précédents, et lavage avec une solution boriquée, le cuir chevelu sera recouvert de compresses de tarlatane ou de lin, trempées dans de l'eau boriquée faible, dans de l'infusion de camomille, dans une solution de phénosalyl à 1 pour 500, ou encore dans la solution de salicylate de soude (25 pour 1000) et de bicarbonate de soude (10 pour 1000) préconisée par M. Besnier, et recouvert d'un bonnet de caoutchouc : de la sorte on calme l'irritation provoquée par le traitement mécanique précédent, on facilite la réparation des excoriations laissées par la chute des godets, tout en rendant plus complète la chute des tissus envahis par le parasite.

Ces applications humides sont continuées pendant deux ou trois jours, puis on procède à l'ablation des poils.

L'épilation est adoptée actuellement par la grande majorité des auteurs dans le traitement du favus. Elle permet d'enlever rapidement tous les poils dans lesquels le parasite existe et se dérobe aux agents parasiticides, et complète utilement le traitement mécanique préparatoire.

M. Besnier l'a réglée de la façon suivante, qui permet de l'exécuter facilement et utilement, sans douleurs excessives. Dans un premier temps, on enlève tous les poils qui viennent facilement à la pince, et dont un grand nombre se rompent à peu de distance de la racine, quelque soin que l'on mette à l'épilation.

Dans un second temps, on avulse dans une étendue de un centimètre au moins tous les poils qui entourent les plaques malades; dans cette zone, on rencontre encore en grand nombre des poils peu adhérents ou cassant sous la pince ou entourés près de leur racine d'une gaine blanche ; il convient, lorsqu'on constate l'existence de tels poils, de circonscrire leur lieu d'implantation par une zone nouvelle d'épilation périphérique et de ne s'arrêter que lorsque l'on ne rencontre plus que des poils d'apparence absolument normale. Cette zone de surveillance et de protection, qui doit d'ailleurs être établie dans toutes les affections parasitaires du cuir chevelu, permet de limiter très efficacement l'envahissement de la maladie.

Il est évident que, pour peu que les surfaces envahies par le favus aient quelque étendue, l'épilation ne peut être pratiquée en une seule séance : la durée de chaque séance sera variable suivant l'habileté de l'épileur et le nervosisme du sujet ; les applications de substances anesthésiques (huile phéniquée, solution de cocaïne) permettront quelquefois de les prolonger davantage, sans toutefois supprimer complètement la douleur provoquée ; le principal est de mener l'épilation assez activement pour arrêter de suite la marche de la maladie et permettre la mise en œuvre des traitements véritables.

L'irritation que produit l'épilation sera calmée par les applications humides précédemment indiquées.

L'épilation ne doit pas seulement être pratiquée au début de la mise en traitement; elle sera renouvelée dès que les poils repousseront sur les plaques malades, tant qu'il restera sur celles-ci de la rougeur et des poils cassants ou renfermant des parasites,

constatés au microscope. Il suffira, comme le dit M. Besnier, d'une courte séance hebdomadaire pour tenir les plaques en parfait état. La bordure de protection sera également maintenue pendant tout ce temps.

La pratique de l'épilation demande une certaine habitude et une surveillance médicale. Aussi peut-on rencontrer, en dehors des grands centres, quelque difficulté à la faire exécuter. On peut alors, mais à titre de mesure exceptionnelle de simplification et sans jamais espérer remplacer complètement l'épilation, pratiquer l'avulsion des poils au moyen d'emplâtres agglutinatifs. Nous ne prétendons pas qu'il faille renouveler la pratique de la trop fameuse calotte de poix qu'on appliquait autrefois — et qu'on applique encore actuellement dans certains pays— sur le cuir chevelu des teigneux et qu'on détachait brusquement au bout de quelques jours pour enlever les poils, provoquant ainsi une douleur atroce, véritable supplice digne d'un autre âge. Il y avait cependant dans cette pratique une ressource que l'on peut utiliser, ainsi que le pratiquent les médecins de l'Antiquaille de Lyon, Bertarelli (de Milan) et quelques autres dermatologistes, avec beaucoup moins de cruauté, en appliquant sur les plaques malades des bandelettes étroites de toile recouvertes d'emplâtre de poix et imbriquées les unes sur les autres à la manière des bandelettes de diachylon employées dans le traitement des ulcères de jambe ; en raison de leurs dimensions, la douleur provoquée par leur enlèvement est modérée et elles amènent avec elles tous les poils malades et cassants qui leur sont plus adhérents qu'au cuir chevelu. Leur application peut être renouvelée jusqu'à ce que les cheveux malades

aient disparu des plaques, et répétée ultérieurement à intervalles suffisants pour débarrasser celles-ci des cheveux qui repoussent envahis par le parasite. Il vaut évidemment mieux recourir à ce procédé de traitement que de laisser indéfiniment des poils malades sur la tête d'un favique ; mais ce n'est qu'un pis-aller, dont le grand défaut est de ne pas enlever autour des parties malades les poils sains, dont l'ablation établit une zone de protection contre l'envahissement du parasite.

L'épilation ne constitue qu'une partie du traitement du favus. Il faut encore, une fois le cuir chevelu nettoyé par elle, recourir à des applications qui fassent disparaître les derniers vestiges du parasite ou s'opposent à sa pullulation.

Théoriquement, les parasiticides sont tout indiqués et c'est à ce titre qu'ont été préconisées les différentes méthodes employées dans le traitement du favus. Pratiquement, la destruction du parasite n'est guère qu'une utopie. M. Besnier insiste particulièrement sur ce point que nous avons assez longuement développé plus haut (Voir p. 68) pour n'avoir pas y revenir.

Les parasiticides les plus divers ont été employés contre le favus, avec des résultats divers, toujours insuffisants lorsqu'on les examine de près, et il serait sans intérêt de les énumérer ici.

Nous nous contenterons de recommander les badigeonnages de teinture d'iode, moins efficaces cependant dans le favus du cuir chevelu que dans la trichophytie, et d'indiquer le traitement que M. Besnier emploie contre cette affection, traitement destiné surtout à entretenir la propreté du cuir chevelu et à empêcher la persistance à son niveau de squames

renfermant le parasite, tout en excitant le tégument pour activer la repousse des poils non compromis par le parasite.

Ce traitement consiste dans les frictions répétées chaque soir sur tout le cuir avec une pommade soufrée telle que la suivante :

Baume du Pérou, huile de cade ou huile de bouleau blanc	2 à 5 gr.
Acide salicylique	ãa 1 à 5
Résorcine	
Soufre précipité	5 à 15
Lanoline	ãa 30
Vaseline	
Axonge	

et dans le lavage chaque matin à l'eau chaude avec un savon au goudron, au naphthol, à l'ichthyol, etc., suivi d'une friction sur toutes les surfaces faviques avec un liniment antiparasitaire, tel que :

Alcool à 90°	100 gr.
Acide acétique cristallisable	0 gr. 25 à 1
Acide borique	2
Chloroforme	5

puis dans l'application sur toutes les surfaces faviques d'une rondelle d'emplâtre de Vigo.

Si ce dernier emplâtre provoque de l'irritation du tégument, on peut le remplacer par l'emplâtre rouge de Vidal ou par un emplâtre boriqué.

Ce traitement doit être poursuivi avec persévérance et régularité, en ayant soin de recourir à l'épilation dès que les poils repoussent, d'avulser les godets faviques qui peuvent reparaître en un point quelconque du cuir chevelu. Il serait suspendu temporairement et remplacé par des applications de compresses imbibées de solutions antiseptiques

faibles, s'il survenait des phénomènes inflammatoires intenses.

C'est par mois que se chiffre sa durée : rarement inférieure à 2 ou 3 mois lorsque les lésions sont limitées, elle est souvent de 5, 6 et 8 mois, et toute négligence dans les soins l'augmente.

Le traitement ne doit être interrompu que lorsque la guérison est avérée, c'est-à-dire non seulement lorsqu'il ne reste plus ni godets faviques ni rougeur à la base des poils, mais encore lorsqu'on ne trouve plus en aucun point du cuir chevelu de poils décolorés cassants ou engainés, tout poil suspect devant être, ainsi que toute squame, soumis à l'examen microscopique pour s'assurer de l'absence du parasite. Les succès en apparence rapides de certains traitements ne sont dus qu'à une observation incomplète, à un examen insuffisant du cuir chevelu : la reproduction de godets vient bientôt montrer que le cuir chevelu était simplement blanchi, et que le parasite persistait en quelque point.

Aussi, avant d'affirmer et de certifier la guérison d'un favique, devra-t-on toujours, comme pour les trichophyties, exiger une observation de quatre ou six semaines au moins après la guérison la plus complète en apparence et la cessation de tout traitement actif.

Traitement du favus des parties glabres. — Coïncidant ou non avec des lésions similaires du cuir chevelu, le favus des parties glabres sera soumis à un traitement analogue.

En premier lieu, les godets seront avulsés avec une curette non tranchante ou au moyen d'une lame de bois ou de métal ; s'ils sont nombreux ou volumineux, ils seront d'abord ramollis au moyen de cataplasmes ou d'applications de savon.

Puis leur base d'implantation sera soumise à des badigeonnages énergiques à la teinture d'iode, répétés deux ou trois fois à quatre ou cinq jours d'intervalle. Les pommades soufrées, les pommades à l'acide chrysophanique ou les badigeonnages avec une solution d'acide chrysophanique dans le chloroforme, suivies de l'application d'une couche de traumaticine, pourront également être employés comme parasiticides et comme exfoliants.

Le même traitement sera appliqué sur tous les points où une desquamation épidermique fera présumer la présence du parasite. Il sera renouvelé dès qu'apparaîtront des lésions suspectes : le favus des parties glabres récidive en effet avec une facilité désespérante alors même que, depuis un certain temps, les godets ont disparu.

Traitement du favus des ongles. — Cette localisation du favus est particulièrement rebelle au traitement, en même temps qu'elle constitue un danger permanent de reproduction de la lésion sur le cuir chevelu ou sur les parties glabres.

Le seul procédé radical est l'ablation de l'ongle, suivie d'enveloppements avec des compresses imbibées de solution de sublimé au 500[me] ou même au 200[me].

Lorsque le sujet est pusillanime, on peut tenter d'enlever tous les points infectés au moyen de la curette, ou de les mettre à nu en usant les lames superficielles avec une lime ou un morceau de verre, puis les soumettre aux applications de sublimé, de teinture d'iode ou de perchlorure de fer (Vidal). La mise à nu de ces points est facilitée par le ramollissement préalable de la couche superficielle de l'ongle au moyen d'emplâtres (emplâtre de Vigo, emplâtre

diachylon, etc.), ou du port permanent d'un doigtier de caoutchouc; mais ces moyens sont souvent insuffisants ou trop lents.

Prophylaxie du favus. — La mise en traitement des sujets atteints de favus, l'attaque de toutes les lésions dont ils peuvent être porteurs sur le cuir chevelu, les portions glabres du tégument et les ongles, constituent la plus utile des mesures prophylactiques, mais non la seule.

L'isolement de ces sujets est indispensable dans nombre de cas, toutes les fois qu'ils ne peuvent recevoir chez eux les soins nécessaires ; leur éloignement des écoles est plus nécessaire que pour la trichophytie et la pelade, en raison du faible développement intellectuel de la plupart d'entre eux, dont il est difficile d'obtenir le moindre soin de propreté et la moindre précaution.

La fréquence du favus chez les animaux, domestiques ou non, la multiplicité des espèces animales susceptibles d'en être atteintes devront faire porter l'attention sur les hôtes animaux des maisons occupées par des faviques.

Deux causes, sur lesquelles M. Feulard (1) a justement attiré l'attention à plusieurs reprises, contribuent pour une large part à expliquer la persistance et la fréquence du favus en France, où il est beaucoup plus répandu que dans presque toutes les autres nations d'Europe. Ce sont d'une part les prescriptions des règlements militaires qui exemptent du service les sujets atteints de favus et d'alopécies post-faviques étendues, d'autre part le défaut dans presque tous les départements d'établissements affectés au

(1) Thèse de Paris, 1886. — *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 1120.

traitement des faviques; malheureusement le médecin est désarmé contre elles.

TRICHOPHYTIES

Le groupe des affections trichophytiques, naguère encore considéré comme homogène et produit par un parasite toujours identique à lui-même, le *trichophyton tonsurans* de Malmsten, a subi dans ces derniers temps des transformations considérables. Le dogme de l'unicité du trichophyton ne peut plus être admis : les recherches de M. Sabouraud ont montré que les variétés cliniques nombreuses des trichophyties, attribuées jadis à des conditions topographiques différentes ou à des réactions différentes de l'organisme vis-à-vis du parasite, étaient dues à la multiplicité des espèces trichophytiques, chacune d'elles déterminant des lésions spéciales chez les divers sujets et dans les diverses régions.

Il y a donc lieu de décrire un nombre déjà considérable, que l'avenir augmentera sans doute encore, de trichophyties étiologiquement et cliniquement distinctes. Bien plus, les affections jusqu'ici appelées trichophytiques ne relèvent pas toutes de la germination d'un parasite du genre trichophyton : l'une d'elles — la plus grave, par sa longue durée, de celles qui se développent sur le cuir chevelu — est due à un parasite qui doit recevoir le nom botanique de microsporon Audouini et devrait être appelée *tricho-microsporie* et non trichophytie.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de la description clinique et de la parasitologie de ces affections : elles nous entraîneraient hors du cadre essentiellement pratique de cet ouvrage, et nous renvoyons

sur ces points le lecteur à la très remarquable thèse de M. Sabouraud (1), où il trouvera également tous les renseignements sur la recherche clinique des trichophytons. Nous indiquerons seulement chemin faisant quelques particularités propres aux différentes formes de trichophytie. D'ailleurs, ces recherches toutes récentes n'ont pas encore amené de modifications dans le traitement des trichophyties, qui doit seul nous préoccuper : nous n'en voulons nullement inférer qu'elles ne conduiront pas quelque jour à une pratique plus rationnelle dans la thérapeutique de quelques-unes au moins de ces affections; mais c'est à peine si actuellement on peut le soupçonner.

Les affections trichophytiques peuvent occuper le cuir chevelu, les autres régions velues, les parties glabres du tégument et les ongles. Leurs symptômes et leur traitement doivent être exposés séparément suivant ces diverses localisations.

Les trichophytons diffèrent non seulement par les formes cliniques que revêtent leurs lésions, mais encore par les espèces animales sur lesquelles ils vivent. Un grand nombre d'entre eux ne sont pas propres à l'homme, mais lui sont transmis directement ou indirectement par les animaux qui en sont porteurs ; réciproquement ils peuvent être transportés de l'homme aux animaux qui sont susceptibles d'en être atteints. Cette notion est très importante au point de vue prophylactique. Les animaux qui peuvent être l'origine des trichophyties humaines sont : le cheval, d'où provient le champignon des trichophyties à forme folliculaire, le bœuf, le mouton, la chèvre, le chat, la poule, etc.

(1) Thèse de Paris, 1894.

Les trichophytons d'origine animale sont le plus souvent en cause dans les affections occupant les parties glabres ou la barbe ; ils peuvent aussi se développer sur le cuir chevelu ; mais en raison de leur siège en dehors du poil (*trichophytons ectothrix* de M. Sabouraud) ils causent des lésions moins graves que les trichophytons propres à l'espèce humaine qui se développent dans le poil lui-même (*trichophytons endothrix*), et surtout que le microsporon.

Trichophyties du cuir chevelu.

Exposé clinique. — Les affections trichophytiques du cuir chevelu peuvent se présenter sous des aspects très différents. Les auteurs classiques en distinguent deux formes : la trichophytie tonsurante et la trichophytie folliculaire ou kerion Celsi.

La première de ces deux formes, qui ne s'observe que chez l'enfant ou l'adolescent, jamais chez l'adulte, est constituée par des plaques alopéciques arrondies de dimensions variables, uniques ou multiples, au niveau desquelles les cheveux sont cassés à des niveaux variables, rappelant l'aspect d'une barbe mal rasée, et mélangés à des squames épidermiques minces plus ou moins abondantes. Ces tronçons de cheveux sont fragiles, viennent par fragments lorsqu'on cherche à les extirper à la pince.

M. Sabouraud a montré que la trichophytie tonsurante ou teigne tondante des auteurs renfermait des affections très différentes, à la fois par le parasite qui les produit et par leurs caractères cliniques :

Les unes, véritablement trichophytiques (trichophytons à grosses spores, lesquels renferment éga-

lement plusieurs variétés distinctes cliniquement et microscopiquement), dans lesquelles les lésions sont caractérisées cliniquement par la présence de poils gros, fortement colorés, cassés tantôt au ras du cuir chevelu, tantôt à une distance de 2 à 3 millimètres, courbés dans des sens différents, non recouverts d'une gaine épidermique dans leur partie profonde, par l'existence d'une large plaque initiale et d'un petit nombre de plaques secondaires; le parasite, presque toujours situé à l'intérieur du poil, est formé de chaînettes très nettes ; ces formes de teigne tondante guérissent relativement vite.

L'autre, due à un parasite différent du trichophyton, le microsporon Audouini, et pour laquelle nous nous proposons le nom de trichomicrosporie, débute par le poil et est caractérisée par la présence de poils cassés assez longs (6 à 7 millimètres au-dessus du cuir chevelu) très nombreux, recouverts d'une gaine blanchâtre très apparente; les plaques sont souvent nombreuses ; le parasite, formé de spores moins volumineuses que dans la forme précédente, n'est pas disposé en séries linéaires, en chaînettes ; il est situé en dehors du poil et constitue la gaine blanchâtre pseudo-épidermique qui le recouvre; sa durée est plus longue que celle de la trichophytie vraie, n'est jamais moindre de 8 à 10 mois et peut être de plusieurs années.

La trichophytie folliculaire, ou kerion Celsi, qui est plus rare que les affections précédentes et peut, contrairement à celles-ci, s'observer chez l'adulte, est due à la pullulation d'un trichophyton d'origine équine; elle est caractérisée par des plaques généralement arrondies, plus souvent uniques que multiples, d'étendue variable, saillantes, mame-

lonnées, de coloration rouge vineux, parsemées de pustules acuminées dont quelques-unes sont centrées par un cheveu, tandis que le reste de la plaque est dépourvu de poils. Cette forme de trichophytie est beaucoup moins rebelle que les deux affections précédentes et guérit en 2 à 3 mois, laissant souvent à sa place une alopécie plus ou moins complète.

Traitement. — Le traitement des affections trichophytiques du cuir chevelu est essentiellement local : l'état général de l'enfant peut cependant exiger une médication tonique et reconstituante, huile de foie de morue, préparations de fer, d'iode, etc. Il n'y a là rien qui leur soit spécial et il est peut-être exagéré d'attribuer, avec quelques auteurs, une influence considérable à l'état de lymphatisme dans la persistance de la trichophytie. Ce qui est certain, c'est que, comme dans toutes les autres affections parasitaires, l'organisme se défend mieux lorsqu'il est maintenu en parfait état de santé que lorsqu'il est déprimé pour une raison quelconque.

Le traitement local est très loin d'être satisfaisant et, avec nombre de dermatologistes, on peut se demander si les méthodes jusqu'ici connues de traitement des trichophyties du cuir chevelu guérissent véritablement la maladie, si le médecin n'assiste pas en spectateur à l'évolution naturelle de la maladie, et s'il fait autrement que surveiller sa disparition, laquelle se produit lorsque le terrain est devenu impropre à la pullulation du parasite par suite des progrès de l'âge ou de l'épuisement de ses propriétés nutritives.

Cette sorte d'aveu d'impuissance résulte de la constatation des échecs de toutes les méthodes dites ac-

tives de traitement de la trichophytie, échecs avoués par leurs auteurs, constatés par l'examen de leurs assertions et de leurs statistiques, ou démontrés par les recherches de contrôle les plus rigoureuses et les plus attentives. A ce propos, nous devons remarquer que tous les travaux relatant une nouvelle méthode de traitement de la teigne tondante doivent être tenus en suspicion, lorsqu'il n'y est pas fait mention d'examens du cuir chevelu répétés plusieurs semaines après la cessation du traitement, la guérison ne pouvant être certifiée qu'après une période d'observation consécutive suffisante.

La destruction du trichophyton dans les poils, sans altération du poil lui-même, n'a pu être réalisée par aucun des procédés expérimentés jusqu'ici : il est même douteux qu'elle le soit jamais, étant donné que le parasite est situé au milieu de cellules vivantes dont la vitalité serait atteinte en même temps que la sienne, sinon avant elle.

Aussi les parasiticides, uniquement et réellement parasiticides, sont-ils jusqu'à plus ample informé jusqu'à présent incapables de guérir la trichophytie du cuir chevelu. (Voir plus haut, p. 68, les considérations générales sur le traitement des dermatophyties.)

Les indications du traitement de cette affection se réduisent actuellement à débarrasser autant que possible le cuir chevelu des fragments de poils et des squames épidermiques qui servent de support au parasite et à empêcher l'envahissement des poils intacts par les parasites qu'on n'a pu éloigner.

Les moyens à employer pour répondre à ces indications doivent en outre ne pas produire une inflammation trop intense des follicules pileux, qui amènerait leur destruction et substituerait une alopé-

cie définitive à une maladie qui, sauf dans la forme folliculaire, est suivie de la repousse de tous les poils malades. L'huile de croton, qui a joui et jouit encore auprès de quelques médecins d'une certaine réputation pour le traitement de la trichophytie, doit être, en particulier, sévèrement proscrite. Tout au plus peut-elle être, comme on l'a proposé récemment, utilisée pour terminer la guérison, lorsqu'il ne reste plus qu'un très petit nombre de poils malades et que la folliculite qu'elle provoque ne peut plus déterminer que la disparition de quelques bulbes pileux.

La première mesure à prendre dans un cas de trichophytie est la coupe des cheveux, qui doivent pendant tout le cours du traitement être tenus ras. Cette règle ne souffre aucune exception et le médecin ne peut être arrêté par aucune considération : la gravité de la maladie, la facilité de repullulation et la difficulté d'observation que cause le port des cheveux l'exigent, même chez les jeunes filles. Les ciseaux (E. Besnier) et non le rasoir doivent être employés pour cette opération, en raison des inoculations consécutives à l'emploi de ce dernier instrument.

Une fois le cuir chevelu mis ainsi en état de traitement, il faut débarrasser les plaques des fragments de cheveux et des squanes.

Le seul procédé recommandable pour l'enlèvement des fragments de cheveux est l'épilation avec la pince, instituée par Bazin, régularisée par M. Besnier. Le raclage avec la curette de Volkmann, ou avec l'instrument spécial que Quinquaud avait fait construire dans ce but, est suivi de réinoculations multiples de voisinage, quel que soit le soin qu'on y

apporte ; de plus il fait saigner les plaques, ce qui n'est peut-être pas sans inconvénient, et nous y avons renoncé après quelques essais.

Les emplâtres agglutinatifs peuvent être utilisés dans quelques cas, à défaut d'épileur ou d'aide suffisamment intelligent, mais seulement à titre exceptionnel et comme pis-aller; ils ne peuvent servir à enlever les poils qui bordent les plaques, et c'est là leur grand inconvénient.

L'épilation d'une plaque trichophytique présente une difficulté particulière en raison de la fragilité des poils malades, qui se rompent déjà spontanément et cassent plus facilement encore dès qu'on exerce une traction un peu brusque ; elle demande donc, pour être bien exécutée, un peu de dextérité et d'expérience. Elle ne doit pas se borner à l'enlèvement des poils malades, mais porter également sur les poils de la bordure des plaques : l'ablation de ceux-ci, dans une étendue de 6 à 8 millimètres, établira, autour de la plaque, une zone de protection et de surveillance (Besnier), qui s'opposera à l'envahissement excentrique de la maladie ; c'est même, nous semble-t-il, dans l'établissement de cette zone que réside la plus grande utilité de l'épilation : une plaque ainsi circonscrite s'arrête presque toujours dans son extension. L'épilation peut être faite, suivant l'étendue des lésions, en une séance ou en plusieurs séances rapprochées ; elle doit porter sur tous les points malades, sur les plaques les plus petites, ne comprenant qu'un ou deux poils atteints, dont il faut rechercher l'existence par un examen attentif à la loupe de la totalité du cuir chevelu.

Le badigeonnage à la teinture d'iode de la totalité du cuir chevelu, en rendant plus apparentes les lé-

sions épidermiques, facilite la découverte des plaques les plus minimes et peut être employé pour leur recherche (Sabouraud).

Un grand nombre d'auteurs recommandent de faire, après l'épilation, des lotions avec des solutions fortes de sublimé, ou des onctions avec des pommades mercurielles ou soufrées : ces pratiques ont l'inconvénient d'exagérer l'irritation consécutive à cette petite opération (miliaire d'épilation) et n'ont pas une action parasiticide suffisante ; nous leur préférons de beaucoup les lotions avec une solution de sublimé faible (1 pour 2000 ou 3000) ou une solution de phéno-salyl à 1 pour 300, ou les pansements avec ces solutions pendant quelques heures après l'épilation, à titre d'émollients et d'antiseptiques tout à la fois, ou encore les applications de vaseline boriquée.

L'épilation doit être renouvelée sur toute l'étendue de la plaque tant qu'on y rencontre des poils malades (ce dont on s'assure par l'examen microscopique de tous les poils cassés ou suspects par leur volume). Ces séances doivent être répétées une ou deux fois par semaine au début de la maladie ; elles peuvent être espacées plus tard, mais alors les enfants doivent être examinés attentivement tous les dix à quinze jours et l'épilation répétée dès qu'on trouve des poils malades. On peut cependant, lorsque le nombre de ceux-ci a beaucoup diminué, restreindre l'étendue des surfaces épilées et se contenter d'établir une bordure autour de chacun des poils reconnus trichophytiques, à la condition de tenir en observation attentive toute l'étendue des plaques anciennes.

L'épilation remplit donc en réalité le double rôle de procédé éliminateur des poils malades et de moyen protecteur du reste du cuir chevelu, et nous ne pou-

vons comprendre comment certains auteurs la déclarent inutile. Elle est pour nous, comme pour M. Besnier, d'absolue nécessité, et cela dès la constatation d'une plaque trichophytique du cuir chevelu.

Lorsque les lésions trichophytiques du cuir chevelu sont tout à fait à leur début, caractérisées par un simple cercle de desquamation épidermique sans envahissement du poil, on pourrait à la rigueur se dispenser de l'épilation; mais l'intégrité absolue des poils est si difficile à affirmer que ces cas ne sauraient apporter une exception à la règle précédente.

Lorsque les plaques ont été épilées, les squames qui les recouvraient tombent d'elles-mêmes ; une friction avec un tampon d'ouate hydrophile imprégné d'alcool boriqué, ou salolé, ou simplement un lavage à l'eau chaude savonneuse suffisent à les faire disparaître.

Pendant tout le cours du traitement, la totalité du cuir chevelu doit être lavée chaque jour, au moyen de savon de toilette, ou d'un savon au goudron, au naphthol, au sublimé ou à l'acide phénique. De la sorte on le maintient en état de propreté absolue, ce qui est le meilleur procédé pour empêcher les réinoculations du parasite.

Il est utile, après le lavage, de faire sur les plaques une friction avec un tampon d'ouate hydrophile imprégné d'une solution antiseptique (liqueur de van Swieten lorsqu'on n'emploie pas la teinture d'iode, ou solution de biiodure de mercure, solution de phéno-salyl, etc); mais cette pratique ne saurait être considérée comme indispensable.

La protection des parties saines du cuir chevelu peut être réalisée par l'application sur les plaques d'une couche de collodion, préconisée depuis longtemps par M. Bucquoy, par les badigeonnages au

stérésol. Ces procédés ont l'inconvénient de provoquer souvent une irritation assez vive du cuir chevelu, surtout lorsqu'on additionne le collodion de substances parasiticides ; de plus l'enduit emprisonne les produits de sécrétion des glandes pilo-sébacées, et a l'inconvénient d'être difficile à enlever.

Pour ces raisons, il est préférable de pratiquer l'occlusion des plaques au moyen d'emplâtres adhésifs ; l'emplâtre de Vigo est le plus fréquemment employé ; lorsqu'on fait simultanément des applications de teinture d'iode, il a l'avantage de provoquer le développement des folliculites qui, en raison de la concurrence vitale de leurs parasites avec le trichophyton, pourraient, ainsi que l'ont montré les recherches de M. Sabouraud, entraver le développement du trichophyton ; mais encore faut-il que ces folliculites n'atteignent pas une trop grande intensité, auquel cas elles deviendraient sans utilité la cause d'une alopécie persistante ; si donc l'irritation devenait trop considérable, on substituerait à l'emplâtre mercuriel l'emplâtre adhésif boriqué ou l'emplâtre rouge de Vidal. Les rondelles d'emplâtre doivent être taillées de façon à recouvrir exactement les plaques trichophytiques et la bordure d'épilation périphérique, elles doivent être changées chaque jour au moment du lavage.

A ces procédés de prophylaxie individuelle plutôt que de traitement, il nous paraît avantageux d'associer les badigeonnages de teinture d'iode qui produisent l'exfoliation des couches épidermiques et facilitent la chute des poils infiltrés. Les badigeonnages doivent être répétés tous les jours, en les suspendant de temps à autre pendant un jour ou deux afin d'enlever l'enduit épidermique qui se forme à la surface des plaques, enduit que l'on détache par le grattage

précédé ou non d'applications émollientes pendant quelques heures.

Ce mode de traitement que nous avons trouvé institué dans le service de M. Besnier, nous a paru favorable dans la plupart des cas, et nous n'hésitons pas à le recommander, au même titre que les onctions quotidiennes avec la vaseline iodée au centième préconisée par Lailler, de préférence à tous les topiques proposés par les auteurs ; l'énumération de ceux-ci n'offrirait aucun intérêt, et nous ne croyons pas utile de la donner ici, leur inutilité étant pour nous flagrante.

En résumé, le traitement de la trichophytie du cuir chevelu peut être synthétisé de la manière suivante :

1° Couper et tenir ras les cheveux.

2° Épiler suivant les règles ci-dessus indiquées.

3° Laver chaque jour le cuir chevelu au savon et à l'eau chaude.

4° Badigeonnages à la teinture d'iode ou onctions avec la vaseline iodée.

5° Application d'emplâtre de Vigo, d'emplâtre Vidal ou d'emplâtre boriqué.

Ce traitement convient aussi bien au kerion Celsi qu'à la trichophytie tonsurante vulgaire ; cependant, dans le kerion, surtout au début, il y aura souvent avantage à modérer l'intensité des phénomènes inflammatoires par des pansements antiseptiques humides (solution faible de sublimé ou de phénosalyl, eau boriquée), ou par des cataplasmes de fécule de pommes de terre.

Le traitement des trichophyties du cuir chevelu demande toujours un temps fort long ; sa durée se compte par mois. Tout prophylactique qu'il est, plu-

tôt que curatif à proprement parler, il doit être continué pendant tout ce temps sans interruption, sous peine de voir les lésions s'étendre à nouveau et de perdre en quelques jours le résultat de plusieurs semaines de soins antérieurs.

Lorsque la maladie semble approcher de la guérison, il convient de ne pas se relâcher dans ces soins. Lorsque, enfin, on ne trouve plus à un examen attentif du cuir chevelu aucun poil malade ou lorsque les poils suspects sont démontrés sains par l'examen microscopique, nous ne saurions assez recommander de tenir les enfants en observation pendant quelques semaines encore, ainsi que le fait M. Besnier : le traitement est alors suspendu, on se contente de faire tenir le cuir chevelu en état de propreté au moyen de lavages quotidiens, et, si des examens répétés à dix ou quinze jours de distance ne révèlent plus, pendant six à huit semaines, aucune trace de la maladie, l'enfant peut seulement alors être considéré comme guéri. Si, au cours d'un de ces examens, on constate la présence de poils malades, on doit reprendre de suite le traitement dans toute sa rigueur.

Lorsqu'il ne reste plus qu'un très petit nombre de poils malades (deux ou trois sur une plaque), on peut, ainsi que l'a conseillé M. L. Wickham (1), abréger la durée de la maladie en les détruisant par un attouchement localisé à l'huile de croton, ou en les extirpant au moyen de l'électrolyse, mieux encore en les cautérisant avec une pointe fine de galvano-cautère.

Prophylaxie. — La prophylaxie de la teigne tondante est à la fois individuelle et publique.

La prophylaxie individuelle est réalisée par le trai-

(1) *Annales de Dermatologie*, 1894, p. 629.

tement précédent, auquel on aura seulement à ajouter le port de coiffures de toile changées fréquemment et lavées à l'eau bouillante, et le nettoyage des brosses par immersion dans une solution alcoolique de sublimé et au besoin leur dégraissage dans de l'eau légèrement ammoniacale.

La prophylaxie publique comprend l'individualisation des objets de toilette : les coiffures des trichophytiques, leurs peignes, leurs brosses, leurs serviettes ne doivent jamais servir à d'autres. Leur tête doit être constamment couverte lorsqu'ils sont en présence d'autres enfants.

Les animaux qui sont en contact avec eux doivent être surveillés de très près : car ils peuvent, dans certaines formes de trichophytie, être l'origine de la maladie ou servir de réceptacle au parasite. Aussi, lorsqu'on sera en présence d'une trichophytie non spéciale à l'espèce humaine, sera-t-il préférable d'éloigner complètement de l'enfant les animaux domestiques.

Pour les enfants vivant dans leurs familles ces précautions suffisent, à la condition d'être exécutées ponctuellement, à préserver leur entourage.

Dans les agglomérations d'enfants, elles suffiraient aussi si elles étaient applicables, et nous avons vu dans des établissements d'instruction intelligemment dirigés des épidémies de trichophytie s'arrêter par l'usage des précautions suivantes : inspection attentive et répétée du cuir chevelu de tous les enfants de l'établissement, dont les cheveux étaient coupés et tenus courts pendant quelques semaines ; mise en traitement immédiat et régulier de tous les enfants reconnus malades, qui sont relégués dans un dortoir spécial; obligation pour tous

ces enfants de conserver pendant les cours et récréations la tête couverte d'une coiffure de forme différente de celle des autres enfants.

Tous les établissements qui ne se prêtent pas à l'exécution ponctuelle de toutes ces prescriptions ne doivent pas continuer à recevoir des enfants trichophytiques. L'exclusion immédiate de ceux-ci est donc de rigueur dans la plupart des écoles (avec l'exclusion des enfants malades, le médecin doit imposer l'examen également immédiat et répété pendant plusieurs semaines de tous ceux qui ont pu être contaminés par eux). A Paris, les enfants exclus des écoles communales pour cause de trichophytie sont reçus à l'externat de l'hôpital Saint-Louis, dont la fondation est due à l'initiative de Lailler; cette institution peut servir de type à des établissements analogues, qui devraient se multiplier dans les grandes villes.

Trichophyties de la barbe.

Exposé clinique. — Les trichophyties de la barbe se montrent tantôt sous la forme de lésions squameuses, tantôt sous celle de lésions folliculaires.

La forme pityriasique (pityriasis alba parasitaire des auteurs) est caractérisée par le développement de squames blanchâtres, disposées sous forme de plaques plus ou moins régulières, au niveau desquelles on trouve quelques poils volumineux et cassés.

La forme folliculaire, encore appelée sycosis trichophytique (sycosis parasitaire de Bazin, qui ne soupçonnait pas l'existence de lésions folliculaires dues à un autre parasite que le trichophyton), est consti

tuée par des saillies de dimensions variables, isolées ou réunies en placards offrant les mêmes caractères qu'au cuir chevelu. Ces lésions, contrairement à l'eczéma des mêmes régions, sont localisées et n'offrent aucune tendance à la symétrie; elles occupent le plus souvent la région du maxillaire inférieur et surtout le menton.

Traitement. — Dans la forme pityriasique, les badigeonnages de teinture d'iode, suivant le procédé qui sera indiqué à propos de la trichophytie des parties glabres, suffiront le plus souvent à amener la guérison de la maladie.

Dans les autres formes, le traitement ne diffère pas dans ses grandes lignes de celui de la trichophytie du cuir chevelu : il consiste dans l'épilation, régulière et répétée jusqu'à guérison complète, des parties malades et de leur bordure, avec coupe de la totalité de la barbe aux ciseaux, dans les applications de teinture d'iode ou de vaseline iodée et d'emplâtres occlusifs. Dans la forme folliculaire, ou sycosis trichophytique, comme dans la forme analogue de la trichophytie du cuir chevelu, le kerion Celsi et, plus souvent encore que dans celui-ci, les phénomènes inflammatoires nécessitent souvent l'emploi des émollients (cataplasmes de fécule de pommes de terre et pulvérisations, surtout utiles au début du traitement pour faire tomber les croûtes, etc.) et des pansements humides avec des solutions antiseptiques faibles. Les pommades soufrées et mercurielles sont souvent employées dans cette affection, sans avantage, à notre avis, sur la méthode précédente.

Quelques auteurs ont préconisé les scarifications linéaires pour réduire l'infiltration dermique; nous croyons avec Unna que cette méthode n'est pas sans

danger, qu'elle peut favoriser les réinoculations, et nous conseillons de n'y avoir recours que lorsque les parasites ont complètement disparu, laissant après eux des lésions inflammatoires tenaces. Et, même alors, les pommades à l'oxyde de zinc, additionnées de résorcine (2 à 5 0/0) ou d'acide salicylique (1 à 2 0/0) nous paraissent préférables aux scarifications.

Le sycosis laisse souvent après lui une alopécie cicatricielle irrémédiable, due à la destruction des follicules pileux par l'inflammation; mais cette alopécie, lorsque l'affection a été traitée de bonne heure, est toujours limitée et il convient de ne pas en accroître l'étendue par une intervention thérapeutique trop énergique : aussi conseillons-nous de ne jamais recourir aux applications de caustiques, ni à l'extirpation des tumeurs sycosiques au moyen de la curette, qui a été proposée comme moyen de guérison rapide de la trichophytie de la barbe.

Prophylaxie. — Les trichophyties de la barbe sont presque toujours produites par des trichophytons d'origine animale; mais ceux-ci peuvent se transmettre de l'homme à l'homme surtout par l'intermédiaire du barbier et de ses instruments : la propreté et l'antisepsie de ceux-ci, ou mieux l'usage d'objets particuliers à chaque malade (rasoirs, blaireau, savon) constituent donc les moyens prophylactiques de ces affections.

Trichophyties des régions glabres.

Exposé clinique et étiologique. — Les lésions trichophytiques des régions glabres, correspondant à l'herpès circiné des anciens dermatolo-

gistes, peuvent revêtir des formes très diverses

Une première catégorie est constituée par les trichophyties circinées, dont l'aspect assez multiforme est en rapport avec la multiplicité des espèces parasitaires, presque toutes d'origine animale, qui les produisent. D'une façon générale et sans entrer dans les détails encore incomplètement déterminés des formes cliniques appartenant à chaque parasite, elles sont constituées par des plaques régulièrement arrondies, uniques ou plus rarement multiples, à progression centrifuge rapide, de coloration rouge ou rosée ; leur bord est formé de soulèvements épidermiques miliaires ou un peu plus volumineux, vésiculeux ou ne renfermant pas de liquide, plus rarement pustuleux. La partie centrale, parfois recouverte de vésicules ou de pustules rares ou nombreuses, est plus souvent rouge et légèrement squameuse.

Ces lésions occupent des régions diverses : le plus souvent le dos des mains, le cou ou la face au voisinage du cuir chevelu, plus rarement les régions génito-crurales, où les cercles sont souvent multiples et réunis en surfaces irrégulières à contours polycycliques, plus rarement encore le tronc ou les parties supérieures des membres.

Cette forme de trichophytie des parties glabres est la plus fréquente ; elle coïncide parfois avec la trichophytie du cuir chevelu, qu'elle peut précéder ou à laquelle elle succède : dans ce dernier cas, les lésions (trichophytie accessoire des teigneux de M. Besnier) ne sont souvent constituées que par des taches rouges, peu squameuses.

Rappelons ici que l'Ecole de Vienne désigne à tort sous le nom de trichophytie tonsurante maculeuse l'affection connue en France sous le nom de pityriasis

rosé de Gibert, dans laquelle le trichophyton fait absolument défaut.

Dans d'autres cas, qui ont été parfois considérés comme des folliculites microbiennes, en raison de la difficulté de la recherche du trichophyton dans les lésions suppuratives, la trichophytie des régions glabres donne lieu à des lésions semblables à celles désignées au cuir chevelu sous le nom de kerion Celsi, caractérisées par des placards saillants, généralement arrondis, de coloration rouge foncé ou violacée, parsemés de perforations par lesquelles sourdent des gouttelettes de pus.

L'affection désignée sous les noms de *teigne imbriquée* de P. Manson, d'*herpès imbriqué*, de *tokelau*, et qui appartient à la pathologie exotique, n'est autre qu'une trichophytie généralisée; cette affection, observée seulement chez des sujets habitant l'extrémité de la presqu'île de Malacca, les îles Fidji, les îles voisines et les Nouvelles-Hébrides ou originaires de ces régions, est caractérisée par le développement de squames rectangulaires imbriquées, disposées en cercles concentriques qui se confondent les uns avec les autres et finissent par recouvrir la presque totalité du tégument, la tête et la région palmaire des mains exceptées.

Les trichophyties des régions glabres sont le plus souvent d'origine animale, sauf peut-être le tokelau, sur lequel on manque de données étiologiques précises ; elles se transmettent cependant de l'homme à l'homme par contagion.

Traitement. — Le traitement des trichophyties des régions glabres consiste essentiellement dans l'emploi des agents de desquamation épidermique, qui entraînent mécaniquement les lamelles cornées ren-

fermant le parasite et les poils follets sur lesquels il végète.

Le plus simple et le plus pratique, en même temps que le plus actif peut-être, de ces agents de desquamation est la teinture d'iode. M. Besnier insiste avec raison sur la nécessité de faire les applications iodées avec énergie, de frictionner les téguments malades avec le pinceau et de ne pas se contenter d'un simple badigeonnage. L'iode colore en brun foncé, acajou, les contours de la plaque trichophytique, qui se dessinent ainsi nettement sur un fond moins coloré. Une seule friction suffit le plus souvent à arrêter la marche de la maladie. Il est prudent cependant de renouveler les frictions deux ou trois fois à intervalles de 4 jours, pour enlever les parasites qui n'auraient pas été détachés lors de la première et surtout ceux qui persistent au niveau des poils follets.

Ce traitement, applicable même aux formes irritatives de la trichophytie circinée, doit être employé chez tous les sujets qui ne redoutent pas la présence d'une plaque jaunâtre d'iode pendant quelques jours.

Chez ceux qui n'acceptent pas ce traitement, on a proposé de faire le soir un badigeonnage d'iode et de décolorer la plaque le lendemain matin au moyen de lavages avec une solution de carbonate de potasse ou d'iodure de potassium : l'effet de ces substances est plus théorique que réel, lorsque la friction iodée date de plusieurs heures ; elles demandent un temps d'application fort long, des frictions énergiques et irritantes et n'aboutissent pas toujours au résultat demandé. Nous ne saurions donc recommander cette pratique.

Si donc les malades ne veulent pas se soumettre

aux inconvénients des applications iodées, le mieux est d'employer des agents qui ne colorent pas la peau : les lotions avec une solution de sublimé à 1 pour 500, les pommades au calomel ou au turbith, les emplâtres mercuriels peuvent être employés dans ce but, mais produisent parfois une très vive irritation, et nous préférons leur substituer la pommade soufrée au 8e additionnée de 1 0/0 d'acide salicylique. L'action de cette préparation est plus lente, elle demande une semaine au moins d'emploi pour stériliser un placard trichophytique ; mais, combinée aux lavages et aux frictions savonneuses, elle en vient à bout sûrement.

L'acide chrysophanique est un excellent agent de desquamation épidermique, qui peut être employé en pommade ou en traumaticine; mais il a l'inconvénient d'obliger à conserver un enduit coloré comme la teinture d'iode, d'être parfois irritant et de laisser une tache rouge assez persistante.

Dans la forme folliculaire, les badigeonnages à la teinture d'iode constituent encore la base du traitement; mais l'intensité de la réaction inflammatoire nécessite souvent l'emploi des pansements humides au début et plus tard celui des pommades à l'oxyde de zinc. Leur traitement est d'ailleurs identique à celui des trichophyties folliculaires de la barbe et du cuir chevelu.

La teigne imbriquée, sauf lorsque les lésions sont encore localisées, n'est pas justiciable du même traitement que les autres formes de trichophytie des régions glabres. Dans les formes généralisées, la poudre de Goa, qui renferme de l'acide chrysophanique, a été employée en nature, après lavage des plaques à l'eau, ou en pommades au 10e, et a donné de bons résul-

tats. M. Bonnafy (1) recommande les bains de sublimé (20 grammes par bain) précédés du décapage de la peau au moyen de frictions successives avec le savon noir et avec la pierre ponce.

Trichophytie des ongles.

Exposé clinique. — La trichophytie unguéale, peut-être plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et dangereuse en raison des réinoculations successives et indéfinies des lésions trichophytiques sur les autres parties du tégument, occupe presque exclusivement les ongles des doigts et succède le plus ordinairement à la trichophytie circinée des mains ; elle est fréquemment consécutive à un traumatisme. Elle est caractérisée par la présence de taches blanchâtres ou jaunâtres, recouvertes par la couche cornée de l'ongle et par l'augmentation irrégulière du volume de celui-ci, qui est parcouru de sillons longitudinaux, s'écaille par places et présente à son extrémité libre un aspect rappelant celui de la moelle de jonc.

Traitement. — Les badigeonnages répétés à la teinture d'iode, les applications de pommades pyrogallique à 1/2 (Pellizzari) ou chrysophanique à 10 0/0, après ramollissement de l'ongle au moyen de cataplasmes, d'emplâtres, de doigtiers de caoutchouc, ou après raclage de l'ongle avec la curette, doivent être employés dans le traitement de cette localisation trichophytique extrêmement rebelle. L'arrachement complet de l'ongle, qui serait plus rationnel, ne donne que d'assez médiocres résultats (2)

(1) *Le tokelau et son parasite*. Paris, 1893.

(2) Arnozan et Dubreuilh. *Archives cliniques de Bordeaux*, janvier et mars 1892.

et entrave pendant longtemps les fonctions du membre.

PELADE

Exposé clinique et étiologique. — Tour à tour considérée comme une affection parasitaire et comme un trouble trophique d'origine nerveuse, la pelade (*porrigo decalvans* de Willan, *alopécie en aires* des auteurs allemands) est à la fois l'un et l'autre, d'après la plupart des dermatologistes contemporains; plus exactement, on désigne sous ce nom à la fois une maladie contagieuse vraisemblablement parasitaire et des alopécies d'origine nerveuse.

La logique voudrait qu'on n'appliquât pas le même nom à des affections aussi différentes pathogéniquement qu'une dermatose parasitaire et une trophoneurose et, à notre avis, le nom de pelade doit être réservé à la maladie contagieuse, dont le parasite est encore inconnu, qui se traduit par la production de plaques alopéciques arrondies (1).

C'est pour cette raison que, malgré l'ignorance où l'on est encore de la nature du parasite peladogène, nous plaçons l'étude de cette affection dans le groupe des dermatoses parasitaires.

Il faut bien reconnaître cependant que les caractères cliniques, morphologiques et évolutifs propres à la pelade vraie et aux pseudo-pelades trophoneurotiques sont loin d'être bien déterminés : une étude attentive, poursuivie parallèlement sur le terrain clinique et sur le terrain bactériologique, parviendra

(1) Voir T. II, p. 164, pour ce qui a trait aux pseudo-pelades trophoneurotiques, que nous désignons sous le nom d'alopécie neurotique généralisée.

quelque jour, nous n'en doutons pas, à établir une distinction entre ces maladies.

Jusque-là, et surtout au point de vue thérapeutique, la confusion règne encore dans la plupart des cas et si, pour un grand nombre de faits, l'enquête étiologique permet de soupçonner la nature d'un cas donné d'alopécie en aires, il en est d'autres où l'incertitude persiste.

La pelade se traduit cliniquement par le développement inopiné, sans symptôme fonctionnel, d'une plaque alopécique, de forme presque toujours arrondie; à ce niveau les poils tombent sans que les téguments présentent de lésions, sans desquamation d'aucune sorte; tout au plus, dans certains cas, la plaque alopécique, d'aspect éburné, est-elle un peu moins colorée que les parties adjacentes, parfois un peu déprimée et présente-t-elle sur ses bords une légère tuméfaction vaguement œdémateuse. Au pourtour de la plaque ou sur la plaque elle-même, un certain nombre de poils sont peu adhérents, s'arrachent facilement à la pince, leur racine est atrophiée, régulièrement amincie ou terminée en bouton ou en crosse.

Cette plaque alopécique, d'étendue variable, peut rester unique, persister pendant un temps variable, sans que la peau présente de modifications à sa surface; puis apparaissent quelques poils de repousse, ayant l'aspect de poils follets, destinés à tomber pour se reproduire bientôt; peu à peu, les poils deviennent plus volumineux, plus adhérents et, au bout d'un temps variable, les poils recouvrent toute la surface précédemment alopécique.

A côté des faits de pelade à plaque unique, il en existe d'autres où les plaques se multiplient, dissémi-

nées irrégulièrement ou plus ou moins symétriquement, offrant parfois une évolution serpigineuse, ou se reproduisant à mesure que les précédentes guérissent et finissent par dépiler une grande étendue des régions pileuses. Dans ces cas, qui nous paraissent appartenir plus souvent à l'alopécie neurotique qu'à la pelade, la durée de la maladie devient très longue, peut atteindre plusieurs années ; la guérison finit cependant par se produire sans alopécie persistante.

Dans quelques cas, les poils, au lieu de tomber sur les plaques malades, se rompent à 1 ou 2 millimètres de la peau, donnant ainsi un aspect ressemblant à celui de certaines trichophyties : c'est la pelade pseudo-tondante de Lailler, la pelade à cheveux fragiles de M. Besnier, affection qui ne peut être distinguée étiologiquement de la pelade vulgaire.

La pelade occupe ordinairement le cuir chevelu ; elle peut se développer également dans la barbe, respectant ou atteignant simultanément le cuir chevelu. Les autres régions pileuses du corps (région pubienne, aisselle, etc.) peuvent aussi être le siège d'alopécies analogues ; dans ces cas il s'agit bien plus souvent d'alopécies neurotiques que de pelades.

La pelade vraie peut s'observer à tout âge : elle est plus fréquente dans l'adolescence et à l'âge adulte qu'aux deux extrêmes de la vie ; on l'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme.

La contagion de la pelade est un fait aujourd'hui prouvé, et il faut se refuser à l'évidence pour la contester comme l'ont encore tenté récemment quelques auteurs. Les épidémies de famille, d'école, de régiment, sont bien connues; le rôle des objets de toilette, des instruments des perruquiers, et en particulier de

la tondeuse, dans sa dissémination est également établi : nous y reviendrons à propos de la prophylaxie.

Traitement. — Les auteurs qui admettent l'origine parasitaire de la pelade, cherchent leurs agents thérapeutiques dans la série des substances réputées parasiticides, tandis que ceux qui la rattachent à une cause nerveuse les empruntent surtout à la série des substances ou des moyens qui peuvent modifier les actions nerveuses.

Et pourtant, si on étudie de près les modes de traitement proposés, on est amené à reconnaître que, parasiticides ou nervins, tous les agents employés et recommandables jouissent, à quelques exceptions près, d'une même action, à savoir une action irritante ou excitante sur les téguments : l'entente qui n'existe pas sur le terrain théorique, se fait, inconsciemment pour beaucoup, sur le terrain thérapeutique.

M. Besnier a montré, d'ailleurs (Voir p. 68), combien étaient trompeuses les espérances de la méthode antiparasitaire appliquée aux affections des poils : les agents de cette méthode auraient irrémédiablement détruit les tissus vivants avoisinants avant d'être parvenus, à dose parasiticide, aux parasites qu'ils doivent détruire ; la grande majorité de ceux qu'on emploie dans ce but provoque non la mort du parasite, mais la chute des poils et de l'épiderme qui le renferment. Dans la pelade, il n'y a plus nécessité de provoquer la chute du poil malade, il tombe spontanément ou est facilement enlevé avec la pince ; mais la papille pileuse, qui recèle sans doute encore des parasites, est trop profondément située pour pouvoir être atteinte par les agents chimiques. Ne pouvant espérer agir directement sur elle, il faut tourner la difficulté, modifier sa nutrition en irritant les téguments, lui donner

assez de résistance vitale pour éliminer ou détruire les parasites, assez de vigueur pour faire croître un poil robuste.

Ne serait-ce pas encore ce but qu'il faudrait poursuivre si l'alopécie était d'origine nerveuse? si elle dépendait d'une altération des centres ou des nerfs périphériques, laquelle serait trop profonde pour être atteinte par les moyens locaux, trop mal déterminée pour qu'on sache par quelle médication générale on peut y remédier?

Traitement général. — Les moyens locaux tiennent incontestablement le premier rang dans le traitement de la pelade et aucune médication générale ne saurait les remplacer.

Les injections de pilocarpine, vantées de temps à autre, n'ont jamais guéri une pelade.

L'arsenic, qui a été préconisé dans les diverses variétés d'alopécie en raison de son action bien connue sur le pelage des animaux, facilite peut-être la repousse, mais ne saurait suffire à la produire : il sera souvent cependant utile de le prescrire, et de préférence sous la forme de liqueur de Fowler à la dose de six à huit gouttes par jour, chez les peladiques dont la nutrition générale laisse quelque peu à désirer.

Il est, en effet, nécessaire, dans cette affection comme dans la plupart des dermatoses, de rechercher et de suivre les indications thérapeutiques fournies par l'état général des malades : la nutrition des poils subit le contre-coup de tous les troubles morbides de l'économie, et ne peut se faire régulièrement que si l'assimilation et les grandes fonctions organiques s'exécutent normalement.

Chez les sujets anémiques, les préparations ferru-

gineuses, l'hydrothérapie, les inhalations d'oxygène, les eaux d'Uriage et de la Bourboule seront d'utiles adjuvants du traitement local.

Chez les sujets surmenés par un travail excessif, par des préoccupations de tous ordres, le séjour au grand air, l'exercice corporel, l'éloignement du milieu habituel auront la plus heureuse influence sur la maladie du cuir chevelu. Une cure aux eaux de Luchon, de Barèges, de Cauterets, d'Uriage, pendant laquelle on pourra utiliser localement en douches ou en pulvérisations les propriétés stimulantes de ces eaux, activera souvent d'une façon remarquable la repousse des cheveux et achèvera la guérison.

Chez les sujets nerveux de tous ordres, l'hydrothérapie, le séjour dans les stations thermales précédentes, les préparations de valériane trouveront leur emploi.

Nous ne pouvons insister plus longtemps sur ces indications : il suffit d'avoir montré, par les exemples les plus fréquents, comment on peut les remplir.

Traitement local. — Le cuir chevelu des sujets atteints de pelade doit être soumis dans toute son étendue à une surveillance attentive, afin de découvrir et traiter le plus rapidement possible les plaques nouvelles qui se développeraient à sa surface.

Dans ce but et aussi dans celui de rendre plus faciles les applications de topiques, on doit, toutes les fois que cela est possible, couper les cheveux ras, ou tout au moins courts. Chez les enfants, cette prescription peut et doit être exécutée dans toute sa rigueur. Chez les hommes adultes, les nécessités sociales obligent à y apporter quelque tempérament : encore doit-on exiger que les cheveux ne soient jamais longs, tout en permettant de leur laisser un

peu plus de longueur à la partie supérieure des plaques, afin de pouvoir cacher celles-ci avec les cheveux voisins ou dissimuler grâce à eux les postiches avec lesquels on les recouvre. Dans les pelades à plaques multiples, envahissantes et surtout serpigineuses, il n'est plus possible de tolérer la présence de cheveux longs : l'impossibilité de les dissimuler amène d'ailleurs les malades à couper spontanément leurs cheveux, pour pouvoir appliquer un postiche recouvrant plus ou moins complètement le crâne. Chez la femme, pour laquelle les exigences de la vie ordinaire sont encore plus grandes, il serait cruel de sacrifier la chevelure pour des plaques peu étendues, que la longueur de ses cheveux lui permet plus facilement encore de rendre invisibles; les soins locaux sont plus difficiles à exécuter, demandent un temps plus long, mais sont encore possibles ; si les plaques sont larges, nombreuses et extensives, la patiente n'hésitera pas, pour assurer sa guérison, à faire tomber sa chevelure, à l'absence de laquelle elle remédiera artificiellement.

Dans tous les cas où on ne croira pas devoir sacrifier la chevelure, les cheveux devront, suivant la recommandation de M. Besnier, être coupés courts aux ciseaux au pourtour des plaques dénudées.

L'épilation joue, dans le traitement de la pelade, un rôle plus important que celui que lui accordent beaucoup d'auteurs. Il est évident que, suivant une boutade trop souvent reproduite, on n'épile pas un chauve, et que la pince ne trouve plus rien à extirper sur une plaque de pelade dénudée; mais la plaque alopécique n'est pas tout dans la pelade.

Tout d'abord, il n'est pas rare de voir, sur une plaque de pelade au début ou en évolution, quelques poils

persistants, qui sont destinés à tomber à bref délai, qui peuvent aller inoculer les parties voisines : il est tout indiqué de les extirper, afin de faciliter les applications thérapeutiques et de débarrasser les follicules pileux de ces appendices cadavérisés. Dans la forme désignée par M. Besnier sous le nom de pelade à cheveux fragiles (pseudo-pelade de Bazin, pseudo-tondante de Lailler), il est tout particulièrement utile de débarrasser la plaque des fragments, souvent fort nombreux, de cheveux qui la parsèment.

Mais l'indication principale de l'épilation dans la pelade est celle qui a été particulièrement mise en lumière par M. Besnier : enlever à la périphérie de la plaque les cheveux mal adhérents, qui viennent facilement à la pince, qui sont déjà malades, qui doivent tomber spontanément à bref délai; les enlever tous, jusqu'à ce que l'on rencontre des poils adhérents, et mieux encore continuer l'épilation en dehors d'eux en enlevant sur une largeur de trois ou quatre millimètres les cheveux dont l'adhérence est normale pour former ainsi une *zone de protection;* de la sorte, on fait pour ainsi dire le vide autour des plaques malades, et on en limite très certainement l'extension. Il est exceptionnel de voir une plaque ainsi bordée par une zone d'épilation continuer à s'agrandir, surtout si l'on a soin d'enlever à la pince tous les six ou huit jours les poils qui repoussent sur cette zone tant que la guérison de la plaque dénudée n'est pas en bonne voie.

Il est nécessaire de surveiller de près la bordure des plaques et de l'épiler à nouveau si l'on vient à constater ultérieurement la présence de poils malades.

M. Besnier conseille également, lorsque les che-

veux commencent à repousser, d'enlever les poils, généralement grêles et peu colorés, qui se montrent les premiers : l'épilation, on le sait en effet, augmente la vigueur des poils, et il suffit pour s'en convaincre de se rappeler le volume que peuvent atteindre les poils, à la suite d'épilations successives, chez les femmes atteintes d'hypertrichose du visage. Ces poils de repousse peuvent être facilement extirpés par des personnes de l'entourage du malade et l'épilation doit être répétée tant que la repousse ne se fait pas sur la totalité de la plaque malade.

L'épilation n'est pas, quoi qu'on en ait dit, très douloureuse ; elle n'est pas non plus difficile à exécuter dans la pelade, où les cheveux ne se rompent pas comme dans la trichophytie. Elle peut donc être pratiquée dans tous les cas et nous paraît à tous égards préférable à la rasure, qui a été conseillée par nombre d'auteurs pour la remplacer. Cependant, si on éprouvait quelque embarras à faire accepter ou pratiquer l'épilation, il conviendrait de faire raser la bordure des plaques, pour y établir une zone de protection et de surveillance, et de faire raser les cheveux qui repoussent au niveau des plaques.

Le savonnage du cuir chevelu, fait chaque jour à l'eau chaude, permet d'enlever la graisse sécrétée par les glandes du cuir chevelu et permet aux autres préparations d'agir plus directement sur la peau.

On peut se servir dans ce but soit de décoction de bois de Panama, soit mieux encore de savon doux, et de préférence de savons médicamenteux (savons au sublimé, au naphthol, à l'acide phénique ou au soufre).

Les préparations excitantes employées dans le

traitement de la pelade sont de deux ordres : les unes, douées d'une activité plus grande, sont appliquées uniquement sur les plaques malades; les autres, moins énergiques, servent à faire des lotions sur la totalité du cuir chevelu.

Nous énumérerons tout d'abord les substances qui entrent dans la composition des préparations de la première catégorie.

Les agents irritants qui constituent la base de la thérapeutique locale de la pelade doivent satisfaire à deux conditions : provoquer une irritation continue des surfaces malades, et, d'autre part, ne provoquer qu'une irritation modérée ou facile à réprimer. La première condition répond à la lenteur de la pousse des cheveux, qui demande à être activée d'une façon permanente, presque chronique. La seconde condition résulte de la fragilité des follicules pileux : une irritation trop violente, aboutissant à la suppuration, provoquerait leur destruction et à une alopécie curable on substituerait une alopécie irrémédiable. Aussi doit-on proscrire certaines substances qui déterminent des folliculites suppurées, en particulier l'huile de croton, qui a joui cependant d'une certaine réputation. Quelques-unes des substances que nous énumérerons peuvent, lorsqu'elles sont appliquées à plusieurs reprises, ou lorsque les téguments sont particulièrement irritables — condition que l'on ne peut toujours prévoir, en raison de la variabilité des réactions chez les différents sujets — provoquer une irritation trop vive, la vésication ou même la suppuration du tégument : en pareil cas, il sera nécessaire d'interrompre leur emploi, d'appliquer pendant un ou plusieurs jours des préparations émollientes, en particulier des cataplasmes de

fécule de pommes de terre, et de ne reprendre les applications irritantes que lorsque l'inflammation sera éteinte ; et même, si les phénomènes d'irritation se reproduisent avec trop d'intensité, on devra recourir à des substances ou à des préparations moins actives.

D'ailleurs, on ne devra jamais oublier que le traitement de la pelade n'est pas un traitement *ne varietur* : il y aura très souvent avantage à en modifier la formule à plusieurs reprises, tantôt parce que la substance primitivement employée détermine une irritation trop intense, tantôt parce que son action s'épuise ou s'atténue au bout d'un certain temps. Il arrive souvent qu'une substance dont les effets favorables se sont manifestés pendant quelques semaines, n'en produit plus aucun; une substance moins active, employée alors, provoque une poussée plus intense de cheveux, puis son action s'épuise à son tour, et la première, employée de nouveau, procure encore une fois une amélioration plus ou moins accusée. Ces alternances avancent singulièrement une guérison que l'emploi continu d'un même agent aurait mis plus de temps à mener à bonne fin.

L'acide acétique cristallisable a été expérimenté sur une très large échelle par M. Besnier, qui en a obtenu des résultats très remarquables. On peut, comme nous le lui avons vu faire, pratiquer sur les plaques malades un badigeonnage léger avec un pinceau trempé dans un mélange d'acide acétique cristallisable (1 partie) et de chloroforme (1 à 4 parties, suivant l'irritabilité du cuir chevelu); ces applications, un peu douloureuses et souvent suivies d'une vésication légère, doivent être faites par le

médecin lui-même et répétées tous les 5 à 6 jours, aussitôt que l'irritation est calmée.

Il est préférable, suivant sa pratique plus récente, de faire chaque jour sur les plaques une friction avec une boulette de coton imprégnée du mélange suivant : Éther 25 grammes, hydrate de chloral 4 grammes, acide acétique cristallisable 1 à 5 grammes suivant l'âge des malades et l'irritabilité du tégument. Ces applications provoquent une douleur modérée et peu persistante, et peuvent être faites par le malade ou par une personne de son entourage. La repousse des cheveux est assez rapide; de plus, l'acide acétique semble donner aux cheveux de repousse une coloration plus foncée que les autres substances : aussi est-ce à lui que nous donnons la préférence dans les cas assez fréquents où les poils nouveaux sont faiblement colorés ou même tout à fait blancs.

L'acide phénique a été vanté par la plupart des dermatologistes américains. Récemment encore, Bulkley (1), qui est partisan de l'origine trophoneurotique de la pelade, recommandait les badigeonnages avec un mélange de 95 parties d'acide phénique pur et de 5 parties d'alcool : ces applications doivent faites sur une étendue de 2 à 3 pouces carrés (12 à 18 centimètres carrés) au plus; elles produisent une décoloration immédiate de la peau, suivie d'une inflammation légère et au bout de 7 à 10 jours de desquamation; Bulkley recommande de renouveler le badigeonnage au bout de 15 jours; deux ou trois de ces badigeonnages suffiraient à la guérison. Ohmann-Dumesnil recommande des badigeonnages

(1) *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1892, p. 47.

avec l'acide phénique pur et ne craint pas de les faire sur toute l'étendue des parties malades.

Nous avons fréquemment fait usage d'un mélange à parties égales d'acide phénique et d'alcool, que M. Hayem emploie dans la thérapeutique courante comme révulsif. Les applications sont faites, à intervalles de 3 ou 4 jours, au moyen d'un pinceau ou d'un tampon d'ouate que l'on exprime avec soin avant de l'appliquer sur la peau : cette précaution est indispensable, car le mélange est très fluide, et il faut éviter qu'il ne coule sur les parties saines. Les premières applications sont assez douloureuses, mais les suivantes sont beaucoup mieux supportées. L'irritation est cependant assez vive dans quelques cas pour obliger à recourir à l'emploi des émollients et à espacer les badigeonnages. Malgré ces inconvénients, faciles à parer, nous avons été généralement satisfait de ce mode de traitement.

Les préparations de cantharides ont été introduites dans la thérapeutique de la pelade par E. Vidal, qui les employait soit sous la forme de petits vésicatoires camphrés qu'il faisait appliquer sur chacune des plaques, en les enlevant dès que la vésication commençait à se produire pour panser ensuite à la poudre d'amidon, soit surtout sous la forme de teinture acétique (vésicatoire liquide); il employait cette dernière pure ou, lorsque le cuir chevelu était trop irritable, additionnée de chloroforme, et en appliquait une couche, parfois deux lorsqu'une seule ne suffisait pas à provoquer un commencement de vésication. La crainte de voir survenir des accidents d'intoxication cantharidienne a sans doute empêché beaucoup de médecins de recourir à ce mode de traitement, que Vidal recommandait d'ailleurs de ne jamais

appliquer simultanément à des plaques de pelade trop nombreuses; mais la teinture de cantharides est fréquemment et plus pratiquement employée à doses plus faibles, pour faire sur le cuir chevelu des lotions générales.

L'iode a été préconisé dans le traitement de la pelade, soit sous la forme de teinture employée en badigeonnages répétés pendant plusieurs jours de suite, soit sous la forme de collodion renfermant 1/50 à 1/30 d'iode métallique : les résultats de son emploi nous ont toujours paru médiocres; de plus le collodion forme à la surface des plaques un enduit imperméable qui, s'il est utile dans un but prophylactique, a l'inconvénient de s'opposer à l'action des divers moyens adjuvants qui ne doivent pas être négligés.

L'essence de Wintergreen, employée depuis longtemps par Lailler dans la composition des lotions excitantes, a été préconisée récemment à doses plus élevées par M. Hallopeau (1).

Le mélange à parties égales d'essence de Wintergreen et d'éther, proposé par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, a l'avantage de ne pas provoquer d'irritation vive des téguments : il est utile dans nombre de cas de pelade très étendue, mais son action nous a toujours paru lente; de plus, l'odeur persistante de cette substance, tout en n'étant pas désagréable, rappelle trop celle de certaines préparations de parfumerie à bon marché, et beaucoup de malades répugnent à la transporter constamment avec eux.

M. Bousquet a été amené à essayer la cannelle de

(1) *Société de Thérapeutique*, 22 mars 1893.

Chine (1) dans le traitement des teignes par des expériences sur les parasites végétaux, dont le développement est entravé ou arrêté par cette substance. Au moyen de badigeonnages quotidiens avec l'essence de cannelle de Chine additionnée de trois fois son poids d'éther, il aurait obtenu la guérison de la pelade au bout de trois à cinq semaines en moyenne. Les résultats que nous avons obtenus avec ce traitement sont de beaucoup inférieurs à ceux annoncés par son auteur.

R. Crocker, Robinson, P. Morrow ont vanté la chrysarobine. Cette substance provoque souvent une vive irritation des téguments ; par son contact avec la muqueuse oculaire, elle peut provoquer des conjonctivites assez intenses ; de plus, elle rend les cheveux jaunâtres. Pour ces raisons, elle a été peu employée et ne nous semble pas recommandable.

L'électrisation a été employée de manières très différentes dans le traitement de la pelade. Les courants continus ne semblent pas avoir jamais donné de résultats appréciables, et ne doivent être employés qu'avec précaution, les courants trop intenses risquant de produire des eschares au pôle négatif.

Dans ces derniers temps, Blaschko (2), dans le but d'opposer à cette affection, à laquelle il attribue une origine nerveuse, un traitement qui agisse sur le système nerveux, a repris l'emploi des courants faradiques et en a obtenu des résultats très satisfaisants. Ehrmann s'est également servi avec avantage des courants interrompus chez plusieurs malades du service de Kaposi. Nous avons traité par ce procédé quel-

(1) *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 269.
(2) *Société de médecine berlinoise*, 28 octobre 1891.

ques cas de pelade très étendue ; la comparaison des résultats obtenus sur les parties soumises à l'électrisation et sur les plaques traitées par les procédés habituels nous a paru assez favorable à l'emploi de l'électrisation ; des essais plus répétés nous semblent néanmoins nécessaires pour nous prononcer définitivement sur la valeur de ce mode de traitement. Il a l'avantage d'être facilement supporté par les malades et de ne nécessiter que l'emploi d'un appareil dont tous les médecins sont pourvus : il suffit d'adapter à un des fils conducteurs des petits appareils médicaux une sorte de peigne métallique que l'on promène sur le cuir chevelu, tandis que l'autre fil se termine par une électrode munie d'une éponge imbibée d'eau salée ou par un tampon recouvert de peau de chamois, semblablement mouillé : on tire le tube de la bobine, pour augmenter l'intensité du courant, jusqu'à ce que le malade éprouve une sensation trop pénible, et on continue l'électrisation pendant cinq à dix minutes ; la peau ne tarde pas à rougir sur toutes les parties électrisées et nous croyons que cette rubéfaction, analogue à celle obtenue par les divers agents irritants, suffit à expliquer l'efficacité de l'électrisation, sans qu'il faille y voir le résultat d'une action de l'électricité sur le système nerveux.

M. Moty a proposé récemment (1) les injections intra-dermiques de sublimé contre la pelade, dans l'espoir de faire agir plus efficacement cette substance et de mieux utiliser ses propriétés antiseptiques.

Il conseille d'enfoncer l'aiguille de la seringue dans

(1) *Société française de Dermatologie*, 14 mai et 12 novembre 1891.

le derme un peu en dehors de la plaque dénudée et de pénétrer à un ou deux centimètres vers le centre sans traverser l'aponévrose épicranienne, de multiplier les piqûres proportionnellement à l'étendue de la plaque (une pour les petites plaques, quatre ou cinq pour les grandes), en injectant chaque fois cinq à six gouttes d'une solution aqueuse de sublimé au 400e contenant une dose double de cocaïne; la douleur, nulle au moment même de l'injection, augmente ensuite et persiste pendant trois ou quatre heures; les injections sont répétées tous les quatre jours.

Cette méthode, bien qu'exempte de dangers au dire de l'auteur, nous a toujours paru très douloureuse dans les cas où nous l'avons vu employer et, au bout d'un petit nombre de séances, les malades ont cessé de venir s'y soumettre, sans que la guérison soit atteinte et sans même que la repousse soit bien accusée. Elle ne serait applicable, à notre avis, que dans des cas de pelade persistante, ayant résisté aux moyens habituels et plus doux de traitement, chez des malades particulièrement courageux et décidés à tout tenter pour guérir. C'est donc un traitement d'exception et même d'exception très rare, qui demande une grande prudence dans son application. Il en est de même des injections d'eau phéniquée au 1/80 employées dans quelques cas par M. Raymond (1).

Nous rapprocherons du mode de traitement précédent les scarifications proposées dernièrement par M. Morel-Lavallée (2), qui les fait suivre d'applications de pommades antiseptiques. Ce procédé, qui

(1) *Société française de Dermatologie*, juin 1892.
(2) *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 794.

nécessiterait les précautions rigoureuses d'asepsie, nous paraît absolument inapplicable aux pelades récentes et peu étendues que les procédés ordinaires de traitement suffisent à guérir rapidement sans le moindre danger; dans les pelades étendues, nous n'osons non plus le recommander, en raison du nombre et de l'étendue des portes d'entrée qu'il offre aux infections si faciles à réaliser au cuir chevelu lorsque les solutions de continuité des téguments n'y sont pas soumises à l'antisepsie la plus rigoureuse.

Les différents agents que nous venons d'énumérer doivent être employés au niveau des surfaces dénudées : ils forment par excellence la base de la médication locale et suffisent sans doute à amener la guérison à eux seuls. Néanmoins plusieurs raisons engagent à ne pas se borner à leur emploi. D'abord la nécessité de multiplier les excitants de la repousse des cheveux, dans l'impossibilité où l'on est de déterminer dans un cas donné la substance qui peut produire les effets les plus favorables. Ensuite l'utilité qu'il y a à activer la vitalité de tout le cuir chevelu : très fréquemment, chez les peladiques, on trouve sur toute la tête des poils peu adhérents, peut-être atteints déjà à un faible degré, en tout cas plus vulnérables que d'autres, et de plus on sait que la conservation de la vitalité des tissus est la condition la plus favorable pour résister à l'invasion des causes et des agents pathogènes. Enfin, l'emploi des antiseptiques sur la totalité du cuir chevelu ne peut que diminuer les chances de multiplication des lésions.

Pour ces motifs, il y a avantage à recourir à l'emploi de lotions tout à la fois parasiticides et excitantes.

Les lotions purement antiseptiques peuvent être faites avec du sublimé (liqueur de van Swieten pure ou coupée de moitié d'eau), avec une solution de phéno-salyl à 1 /500, avec de l'alcool salicylé, avec de l'alcool salolé, etc. Nous donnons la préférence aux deux premières de ces substances. On peut d'ailleurs associer ces antiseptiques à des substances excitantes ou à des alcoolats divers (alcoolat de lavande, de romarin, etc.).

Des substances très nombreuses peuvent être employées, isolées ou associées dans la composition des lotions excitantes : alcoolats de lavande, de romarin, rhum, alcoolat de Fioravanti, alcool camphré, essence de Wintergreen, térébenthine, ammoniaque, teinture de cantharides, teinture de noix vomique, teinture de piment.

Ces lotions peuvent être faites avec un pinceau ou un tampon d'ouate hydrophile ; M. P. Raymond recommande de les faire avec un pinceau un peu rude, la brosse des peintres de préférence.

Ces diverses substances peuvent être employées à des doses très variables, les plus actives entrant dans la composition des lotions à des doses inversement proportionnelles à l'irritabilité du cuir chevelu.

Chaque dermatologiste emploie de préférence certaines formules favorites, et tout médecin peut en composer un grand nombre, dans lesquelles il peut varier les proportions suivant les indications propres à chaque cas, variant aussi la nature des alcoolats suivant les préférences des malades.

On trouvera à l'article *Lotions* (T. II, p. 289) quelques-unes de ces formules.

Les pommades et les préparations huileuses ont

l'avantage de rester plus longtemps à la surface de la peau et de prolonger l'effet des agents thérapeutiques qui y sont incorporés; ces agents sont les mêmes que ceux employés en lotions; ils peuvent également être variés suivant les cas.

M. Besnier emploie fréquemment une pommade soufrée à 10 0/0 additionnée de 1 0/0 de baume du Pérou, d'acide salicylique et de résorcine. (Voir en outre l'article *Liniments*, T. II, p. 286.)

Les divers traitements que nous venons de décrire s'appliquent surtout à la pelade du cuir chevelu. Il convient d'indiquer ceux qui doivent plus spécialement être employés dans la pelade de la barbe.

Tout sujet atteint de pelade de cette région, à moins que celle-ci soit représentée par une plaque unique de minimes dimensions (celles d'une pièce de cinquante centimes environ), doit faire le sacrifice de sa barbe ; la maladie sera plus facile à traiter et aussi beaucoup plus facile à dissimuler. La moustache pourra cependant être conservée, à la condition qu'elle reste indemne. L'épilation établira au pourtour de la plaque une zone de protection. Le visage sera chaque jour savonné à l'eau chaude, au moyen d'un savon antiseptique (à l'acide phénique, au sublimé, au naphthol, ou autre) ; puis il sera fait sur toute l'étendue des régions pileuses de la face une lotion avec une des préparations excitantes précédemment indiquées. Chaque plaque de pelade sera, en outre, soumise à des applications locales plus actives; mais, en raison de l'irritabilité plus considérable du tégument de la face et de la rougeur que déterminent la plupart de ces préparations, rougeur impossible à dissimuler, le titre de ces préparations sera plus faible que lorsqu'elles sont destinées au cuir

chevelu, et leur application sera faite avec plus de modération et à intervalles plus éloignés : on prescrira, par exemple, un badigeonnage tous les deux jours avec l'éther additionné de 1/50 d'acide acétique cristallisable et de 1/12 de chloral, ou bien un badigeonnage tous les cinq jours avec l'acide phénique étendue de deux tiers d'alcool ; ou encore un badigeonnage quotidien avec l'essence de Wintergreen étendue de son poids d'éther, etc. Ces préparations seront, comme pour le cuir chevelu, variées ou alternées : leur emploi sera suspendu pendant quelques jours si elles provoquent une irritation vive, caractérisée par une rougeur persistante, par une desquamation épidermique notable, à plus forte raison par la vésication. En outre, ces applications seront faites de préférence le soir, afin que leurs traces puissent s'atténuer pendant la nuit.

Quant aux pelades occupant les autres régions (région pubienne, région axillaire), leur traitement est plus simple : lavages savonneux, lotions excitantes avec frictions au gant de crin, bains sulfureux et excitants, en feront les frais.

La longue durée de la maladie, l'ennui qui en résulte pour le patient font au médecin un devoir de lui faciliter les moyens de la dissimuler. Si les plaques sont peu étendues, il suffit de ramener sur elles les cheveux voisins, tout en atténuant leur blancheur au moyen d'une substance colorée : les badigeonnages à l'encre de Chine sur toute la surface ou, pour la barbe, les ponctuations exécutées au moyen d'un pinceau seront très souvent suffisants : le noir de fumée obtenu par la calcination d'un morceau de liège sera d'une application plus facile encore. Des emplâtres adhésifs dont la surface libre est

recouverte de cheveux ou même simplement d'une peluche de la couleur des cheveux, forment un postiche, d'un prix peu élevé, qui suffira à beaucoup de malades.

Toutes les fois que les malades porteront une perruque, il sera nécessaire, comme le conseille M. Besnier, que celle-ci ne repose pas directement sur le cuir chevelu, mais sur un bonnet de linge fin qui sera changé fréquemment.

Prophylaxie. — Le traitement de la pelade serait incomplètement formulé, si on n'ajoutait aux prescriptions pharmaceutiques des recommandations propres à mettre les malades à l'abri des réinfections locales. Cette autoprophylaxie, comme l'appelle M. Besnier, découle des idées généralement admises aujourd'hui sur la contagion de la pelade. Elle sera d'autant plus rigoureuse que, dans un cas donné, on aura plus de raisons de croire que la maladie a une semblable origine ; mais, jusqu'à preuve de la nature trophoneurotique d'une alopécie en aires, elle ne devra jamais être négligée.

Les lavages répétés du cuir chevelu répondent déjà à cette indication.

La désinfection des coiffures et des objets de toilette en sera le complément : les coiffures qui portent sur le cuir chevelu seront doublées d'une coiffe de linge, laquelle sera changée chaque jour et lavée avant nouvel usage ; la garniture de cuir des chapeaux sera nettoyée avec une solution de sublimé ; le malade portera la nuit un bonnet qui sera également changé chaque jour. Les brosses et peignes seront lavés à l'eau légèrement ammoniacale pour les dégraisser, puis désinfectés avec une solution de sublimé.

Restent à prendre des mesures de prophylaxie générale ou publique.

Dans les familles, le port permanent d'une coiffure en toile ou doublée de toile, l'individualisation des coiffures, des objets de coucher et de toilette, unis à l'exécution ponctuelle du traitement, suffisent à empêcher la transmission de la pelade.

Dans les agglomérations (casernes, écoles, etc.), ces méthodes prophylactiques bien exécutées suffisent encore dans nombre de cas, et le licenciement des peladiques ne s'imposerait jamais si elles étaient ponctuellement exécutées.

On doit, en outre, comme pour la trichophytie, examiner le cuir chevelu de tous les sujets faisant partie de l'agglomération et mettre de suite en traitement tous ceux qui sont reconnus atteints de pelade.

Dans les établissements d'instruction supérieure, le renvoi des peladiques parvenus à la fin de leurs études est une mesure excessive, capable d'entraver la carrière des jeunes gens; il ne doit être prononcé que s'il y a impossibilité matérielle d'assurer leur isolement, leur traitement et les autres mesures prophylactiques précédemment indiquées.

Dans les écoles primaires, les mesures peuvent, sans inconvénient sérieux, être plus rigoureuses : toutes les fois que les moyens prophylactiques indiqués plus haut ne peuvent être mis en pratique de façon certaine et sérieuse, et leur application surveillée effectivement et intelligemment, le renvoi des enfants sera nécessaire.

L'officine du coiffeur est un lieu de transmission extrêmement fréquente de la pelade. Elle peut s'y faire par les peignes, brosses, ciseaux, rasoirs, savonnettes, cuirs à rasoir et surtout par la tondeuse,

dont l'emploi s'est tant généralisé depuis quelques années, et simplement par les mains du coiffeur, atteint lui-même de pelade (le fait n'est pas rare) ou ayant donné ses soins à un peladique. Des mesures convenables de police sanitaire étant inapplicables à ces officines, les précautions antiseptiques nécessaires n'étant prises — et bien souvent de façon très incomplète et insuffisante — que par un nombre infime de coiffeurs, le seul moyen jusqu'ici pratique, quand il est praticable, est encore l'individualisation des objets qui servent à la coiffure et à la barbe. Chaque client devrait posséder et apporter au coiffeur tous les objets qui lui sont nécessaires.

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT DE LA PELADE

Pelade du cuir chevelu. — Couper les cheveux courts, dans tous les cas où cela est possible ; ne les conserver que chez les femmes dans les cas de pelade limitée. Épiler (ou raser) le pourtour des plaques en enlevant tous les poils peu adhérents et y tenir toujours les cheveux très courts. Lavage à l'eau chaude et au savon simple ou médicamenteux.

En outre, faire les applications suivantes.

Plaque unique et peu étendue : le matin, tous les jours badigeonnage des plaques avec l'éther additionné d'acide acétique cristallisable et de chloral, ou tous les 4 ou 5 jours avec un mélange à parties égales d'alcool et d'acide phénique, ou tous les 8 jours avec la teinture de cantharides; friction sur tout le cuir chevelu avec un liniment excitant; le soir, application de pommade excitante.

Plaques multiples et peu étendues : Même traitement,

en ne soumettant aux badigeonnages phéniqués ou cantharidés qu'un nombre limité de plaques dans chaque séance, ou frictions avec l'essence de Wintergreen étendue de son volume d'éther.

Plaques très étendues, et surtout serpigineuses : même traitement, ou électrisation faradique, ou, dans les cas très rebelles, injections intradermiques de sublimé.

Dans tous les cas varier les applications.

Dans tous les cas où il y a lieu, traitement général et traitement interne en rapport avec l'état général du malade.

Pelade de la barbe. — Couper la barbe, épiler au pourtour des plaques tous les poils peu adhérents.

Traitement local comme dans la pelade du cuir chevelu, mais avec des doses moins fortes de substances actives.

PIÉDRA

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom de piédra ou trichomycose nodulaire (Juhel-Rénoy) à une affection observée chez les naturels de la province de Cauca (Colombie). caractérisée par le développement sur les cheveux de nodosités châtain foncé irrégulièrement disposées en chapelets et constituées par un champignon spécial. Les poils atteints sont, en outre, lanugineux et se recroquevillent sur eux-mêmes.

Traitement. — Cette affection guérit facilement : le bulbe pileux n'étant pas envahi par le parasite qui se développe uniquement à la surface du poil, il suffit de couper les cheveux ras, pour en débarrasser le malade ; le champignon ne résistant pas à l'action

du sublimé, on peut encore faire des lotions chaudes avec une solution de sublimé au millième (1).

PITYRIASIS VERSICOLORE

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom de pityriasis versicolore à une affection produite par un champignon, le microsporon furfur (Eichstedt).

Cette affection, encore désignée sous le nom de *crasses parasitaires*, est caractérisée par le développement de taches de couleur café au lait, ou jaune grisâtre, tirant parfois sur le brun, ou sur le rose lorsque les téguments sont congestionnés par la chaleur. Ces taches sont tantôt fines, ponctuées, tantôt plus larges et se réunissant en îlots ou en nappes dont la coloration n'est pas uniforme. Elles semblent de niveau avec la peau voisine ou à peine saillantes ; mais, lorsqu'on exerce sur elles avec l'ongle un grattage un peu énergique, on en détache une mince pellicule plissée et mollasse, caractéristique de l'affection, au-dessous laquelle l'épiderme paraît intact. Elles occupent surtout les régions antérieure et postérieure du tronc, mais peuvent aussi se développer sur les membres, principalement au niveau des plis articulaires, exceptionnellement sur la face.

Le pityriasis versicolore s'observe tantôt chez des sujets cachectiques, les phthisiques particulièrement, tantôt chez des sujets vigoureux et présentant tous les attributs de l'arthritisme, et surtout de l'arthritisme avec tendance à l'obésité. Les sujets qui en sont atteints sont presque toujours des sujets à peau grasse, dont l'état séborrhéique peut être entretenu

(1) JUHEL-RÉNOY et LION. *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 765.

par des troubles gastro-intestinaux et par le port habituel du gilet de flanelle.

Le parasite habite les couches superficielles de l'épiderme, et ne pénètre pas dans les follicules pileux ; il peut cependant occuper leur orifice et y persister après la chute des couches épidermiques. Les récidives multiples ou mieux les rechutes incessantes du pityriasis versicolore semblent tenir en grande partie à cette persistance du parasite dans un point où il échappe plus facilement aux moyens thérapeutiques.

Contagieux en qualité d'affection parasitaire, le pityriasis versicolore ne révèle cependant que difficilement cette propriété malgré des contacts répétés, et il semble que l'état des téguments et l'absence de soins de propreté suffisants aient une grande influence sur son développement.

Traitement. — Les médications reconstituantes, ou antiarthritiques, pharmaceutiques ou thermales, le traitement des troubles gastro-intestinaux ne doivent pas être négligés chez les sujets atteints de pityriasis versicolore, plutôt pour essayer d'arrêter ses récidives que pour guérir ses lésions, contre lesquelles le traitement local seul est efficace.

Ce dernier sera destiné à provoquer l'exfoliation des couches superficielles de l'épiderme dans lesquelles vit et se développe le parasite. Comme l'a fait remarquer M. Besnier (Voir page 68), c'est là le véritable mode de traitement des épidermophyties et les parasiticides utiles n'agissent qu'en provoquant une irritation susceptible de faire tomber les parasites en même temps que les couches qui leur servent de support.

Les agents d'exfoliation épidermique qui peuvent

être employés contre le pityriasis versicolore sont surtout la teinture d'iode, les pommades soufrées et salicylées (15 0/0 de soufre et 3 0/0 d'acide salicylique), additionnées ou non de 2 0/0 de résorcine, et le savon mou de potasse.

La teinture d'iode, en badigeonnages répétés plusieurs jours de suite jusqu'à exfoliation complète et légère irritation tégumentaire, peut suffire lorsque les taches sont peu nombreuses.

Les pommades soufrées et salicylées ou résorcinées peuvent être employées lorsque les lésions sont plus étendues, à la condition de répéter leur application plusieurs jours de suite, le soir de préférence, et de les faire alterner avec des savonnages énergiques à l'eau chaude faits chaque jour.

Lorsque les lésions sont particulièrement intenses et largement étendues, les frictions avec du savon mou de potasse pur ou mélangé d'un tiers de pierre ponce pulvérisée, avec du savon au naphthol, à l'ichthyol, à l'acide salicylique, permettent d'arriver plus sûrement à la guérison : la friction est faite le soir, la mousse est laissée en place pendant deux heures ou même pendant toute la nuit si les téguments sont peu irritables, puis enlevée au moyen d'eau chaude, et le malade se poudre à l'amidon ou au talc additionné de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique ; en outre, le malade prend tous les deux jours un bain sulfureux. En cinq à six jours, on parvient ainsi à faire disparaître toute trace de la maladie ; mais, pour prévenir les rechutes dues à la persistance de spores dans les orifices pilaires, il est bon au bout de quelques jours de reprendre le même traitement pendant trois ou quatre jours.

Lorsque les lésions ont disparu et que l'examen

histologique montre l'absence de toute trace du parasite, il est bon de prescrire des lotions savonneuses répétées une ou deux fois par semaine, et des applications de pommade soufrée et salicylée faible (soufre 8 à 10 0/0, acide salicylique 1 0/0) pour lutter contre la séborrhée qui entretient l'affection parasitaire, et de supprimer pour le même motif le contact de la flanelle avec la peau.

Enfin la désinfection des linges et flanelles sera prescrite pour empêcher les récidives.

PITYRIASIS CIRCINÉ ET MARGINÉ

Exposé clinique. — E. Vidal a décrit, sous ce nom, une affection constituée par de petites taches, à développement centrifuge, bordées par une collerette rose ou rose jaunâtre de desquamation furfuracée; ces taches, arrondies ou ovalaires, atteignent et dépassent la dimension d'une pièce de 1 franc et peuvent se réunir en plaques à contours polycycliques. Elles occupent ordinairement le tronc, parfois les bras et les cuisses.

Cette affection serait causée par un parasite, le *microsporon anomœon* ou *dispar* (E. Vidal); mais la question semble demander de nouvelles recherches. L'autonomie de l'affection est d'ailleurs loin d'être établie, et elle se confond peut-être avec les formes circinées de l'eczéma séborrhéique.

Le **traitement** du pityriasis circiné et marginé consiste, d'après Vidal (1), dans l'emploi des bains sulfureux et des lotions au savon de goudron, ou des pommades mercurielles : la guérison se produit ra-

(1) *Annales de Dermatologie*, 1882, p. 22.

pidement, comme dans les localisations analogues de l'eczéma séborrhéique.

ÉRYTHRASMA

Exposé clinique et étiologique. — L'érythrasma est une affection parasitaire causée par le *microsporon minutissimum* de Burchhardt.

Il est caractérisé par le développement de plaques arrondies, uniformes, de couleur rouge orangé ou jaune chamois, très légèrement saillantes, finement plissées et recouvertes d'une desquamation fine et peu sensible, qui ne se détache jamais en lambeaux comme celle du pityriasis versicolore; les plaques mesurent de 2 à 4 centimètres et plus, leur contour est un peu irrégulier et sinueux.

L'affection occupe le pli génito-crural ou la région axillaire, rarement le pli inguinal ou le pli du coude. Elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Le parasite occupe exclusivement l'épiderme.

La contagion de l'affection se fait assez difficilement. Le terrain arthritique paraît y être prédisposé; les récidives sont fréquentes.

Traitement. — Le traitement de l'érythrasma est très analogue à celui du pityriasis versicolore, le siège du parasite étant identique; mais, en raison de la topographie de l'affection dans des régions où la peau est particulièrement irritable, les procédés trop brutaux d'exfoliation épidermique ne peuvent lui être appliqués.

Les badigeonnages de teinture d'iode constituent, lorsqu'ils peuvent être supportés, le moyen le plus

pratique. Les pommades soufrées, salicylées et résorcinées permettent encore d'obtenir la chute de l'épiderme ; les emplâtres salicylés à 3 ou 5 0/0 peuvent être utilisés dans le même but, mais sont inapplicables à la région crurale chez la femme.

Les bains sulfureux, les lotions avec la liqueur de van Swieten sont de bons adjuvants de la médication exfoliatrice.

Lorsque les lésions ont disparu, le malade devra, pour empêcher les récidives, continuer les lavages à l'eau chaude et au savon (savon de toilette, savon à l'ichthyol, au naphthol), et poudrer les parties malades avec une poudre contenant 1 à 10 0/0 de soufre précipité (Besnier), ou 1 à 2 0/0 d'acide salicylique.

Le port du suspensoir est utile pour écarter le scrotum de la cuisse, à la condition de le nettoyer convenablement ; le malade doit, en outre, éviter le contact des vêtements de laine (Besnier) et faire désinfecter les linges et les vêtements qui peuvent être la cause de récidives.

ACTINOMYCOSE

Exposé clinique et étiologique. — Cette affection, plus fréquente chez les bovidés que chez l'homme, est rarement observée en France, où elle a été jusqu'à ces dernières années méconnue.

Elle est caractérisée par la production d'abcès contenant un pus mal lié, souvent séreux, dans lequel nagent des grains opaques d'un jaune d'or ou de soufre, quelquefois blanchâtres ou verdâtres, du volume d'un grain de lycopode à celui d'un grain de millet, constitués par un champignon radié (*actinomyces*).

Ces abcès, à marche lente ou rapide, débutent généralement au niveau des os maxillaires ou dans les viscères, et s'ouvrent souvent à la surface de la peau qui présente à leur niveau une coloration violacée; l'ouverture donne issue à des fongosités jaunâtres ou violacées et conduit dans des trajets fistuleux multiples.

A côté de ces cas, de beaucoup les plus communs, où les lésions cutanées sont secondaires à des foyers actinomycosiques profonds, il en est d'autres où l'actinomycose se développe primitivement dans la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané; les symptômes se rapprochent alors beaucoup de ceux des tuberculoses cutanées : il y a une infiltration ligneuse avec des nodules ressemblant aux nodules lupiques et plus tard une ulcération irrégulière, déchiquetée, tendant à envahir les tissus profonds; le diagnostic repose exclusivement sur l'examen attentif du pus et sur la constatation des grains d'actinomyces.

L'actinomycose à forme primitivement cutanée s'observe sur la paroi thoracique et aux mains; comme les autres localisations de cette maladie, elle se rencontre surtout chez les sujets qui sont exposés à se piquer avec des épis de blé ou d'avoine, habitat ordinaire de l'actinomyces.

Traitement. — Le traitement de l'actinomycose consiste essentiellement dans l'administration de l'iodure de potassium. Employé avec succès dans l'actinomycose chez les animaux par Thomassen (d'Utrecht), par M. Nocard, et par un grand nombre de vétérinaires américains, il a été mis en usage chez l'homme par Thomassen, par plusieurs médecins hollandais, par M. Meunier (de Tours), par

Buzzi et B. Galli et par M. Netter (1) qui en ont constaté l'efficacité : M. Netter, avec une dose quotidienne de 4 grammes, a obtenu, au bout de quelques jours, une amélioration considérable qui s'est encore poursuivie après la suspension du médicament.

Le traitement interne paraît suffire à amener la guérison des lésions de l'actinomycose. Il y a cependant avantage à ouvrir les collections purulentes, à les panser antiseptiquement et à diriger la réparation par des cautérisations ignées ou par des attouchements au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc.

MYCÉTOME OU PIED DE MADURA

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous ce nom une affection observée dans l'Inde, surtout dans le district de Madura, et qui semble avoir été rencontrée également en Amérique (Kemper) et en Algérie (Gémy et Vincent).

Elle est caractérisée au début par de légères indurations indolentes, sur lesquelles se développe une vésicule ou une bulle dont la rupture donne lieu à l'issue de petits grains noirs ou grisâtres caractéristiques. Le pied augmente de volume, se transforme en une masse informe ou prend un aspect ovoïde ou conoïde, en même temps que les masses musculaires de la jambe s'atrophient ; il est d'une dureté uniforme, la surface criblée de saillies hémisphériques qui s'ulcèrent ; les ulcérations se recouvrent de fongosités, au milieu desquelles s'ouvrent des trajets fistuleux ; les fistules donnent issue à un

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 3 novembre 1893, p. 679.

liquide ichoreux, jaunâtre, renfermant de petits grains noirs, bruns, rosés ou blanchâtres, et conduisent dans des trajets profonds remplis de masses fongueuses noirâtres ou brunâtres et pénétrant jusqu'aux os altérés.

La maladie est due à un champignon qui pénètre soit à travers les glandes cutanées du pied, soit par quelque plaie ou écorchure de la région. Elle n'est pas contagieuse.

Traitement. — Au début, on peut essayer le raclage, la cautérisation des parties malades au fer rouge, les injections de teinture d'iode ou de chlorure de zinc. Mais, lorsque les lésions sont étendues et ont atteint les os, l'amputation est le seul traitement ; elle doit être faite assez haut, en raison de l'envahissement souvent latent des os de la jambe.

III. — Dermatoses produites par des parasites microbiens.

Ce groupe de dermatoses, qui s'étendra sans doute de plus en plus par les progrès de la microbiologie, comprend déjà un grand nombre d'affections.

Les unes sont produites par des microorganismes spécifiques : les tuberculoses cutanées, la lèpre, le rhinosclérome, la pustule maligne, le farcin et la morve.

Les autres sont causées par des microorganismes auxquels la multiplicité des affections dans lesquelles on les rencontre et leur présence fréquente sur la peau donnent un caractère évident de banalité, mais qui, une fois implantés sur le tégument, donnent lieu, soit par suite de conditions spéciales de virulence, soit

par suite de leur localisation dans certaines parties de la peau, à des lésions cliniquement différenciées. Tels sont l'impétigo, l'ecthyma, le furoncle.

Aux précédentes nous ajouterons quelques affections dont l'origine microbienne n'est pas déterminée ou est incomplètement démontrée, quoique la clinique ne permette pas d'en douter. Ce sont le pemphigus épidémique des nouveau-nés, les verrues et les végétations, le molluscum contagiosum et une longue série de dermatoses exotiques.

Les modes d'intervention thérapeutique sont très variables dans les affections cutanées d'origine microbienne, en raison des sièges très différents que peuvent occuper les agents pathogènes.

Lorsque ceux-ci siègent exclusivement dans l'épiderme, l'antisepsie cutanée suffit à les combattre et à amener la guérison de la dermatose.

Mais, lorsqu'ils envahissent les couches dermiques, ils deviennent inaccessibles aux moyens antiseptiques externes. On peut parfois alors les attaquer par les médicaments internes qui modifient l'organisme, le rendent impropre à la pullulation des agents microbiens : car il n'existe dans la thérapeutique interne pour ainsi dire aucune substance capable de tuer les parasites microbiens aujourd'hui connus des dermatoses.

Mais il ne faut pas se faire illusion sur la valeur thérapeutique de ces modificateurs généraux de l'organisme : ils peuvent tout au plus modérer son envahissement par les agents pathogènes, mais non pas provoquer leur destruction par la stérilisation du milieu interne ou par réaction vitale; ce sont des adjuvants du traitement local.

C'est donc encore à celui-ci qu'il faut revenir pour

guérir ces dermatoses, soit en extirpant les tissus morbides lorsque cela est possible, soit en les détruisant par les caustiques chimiques ou thermiques, soit plus rarement en modifiant par des irritants locaux la vitalité des tissus affectés.

Les indications de ces divers modes de traitement varient considérablement suivant les propriétés de chacun des agents microbiens en cause, suivant le siège des lésions; elles ne peuvent prêter à des considérations générales plus développées.

TUBERCULOSES CUTANÉES

Les manifestations cutanées de la tuberculose peuvent revêtir des formes cliniques multiples auxquelles répondent des indications thérapeutiques particulières : si la destruction du bacille de Koch est toujours dans ces affections le but à poursuivre, elle doit, suivant la forme des lésions et suivant leurs localisations, être réalisée par des procédés différents.

Nous avons donc à étudier séparément le traitement des affections suivantes :

Lupus vulgaire,
Lupus érythémateux,
Tuberculose ulcéreuse,
Tuberculose verruqueuse,
Tuberculose gommeuse,
Lichen scrofulosorum,

qui, sous des aspects divers dus au siège variable du parasite et à la réaction variable des tissus, représentent les formes actuellement différenciées et démontrées de la tuberculose cutanée.

Nous disons avec intention : actuellement différenciées et démontrées; nous croyons en effet que le cadre des tuberculoses est encore destiné à s'étendre. En particulier, la lésion désignée depuis Bazin sous le nom d'érythème induré, nous paraît devoir leur être rattachée quelque jour.

Lupus vulgaire

Exposé clinique et étiologique. — Le lupus vulgaire, lupus de Willan ou lupus tuberculeux, est caractérisé par le développement, sur la peau ou sur les muqueuses, de nodosités, — ou tubercules, dans le sens dermatologique du mot, — de coloration rouge jaunâtre rappelant celle de la gelée de pommes ou du sucre d'orge, de consistance molle, de dimensions variables, faisant une saillie également variable au-dessus du tégument. Ces tubercules lupiques peuvent persister en cet état pendant un temps assez long ou subir diverses transformations : ils peuvent se scléroser ou se résorber, laissant à leur suite une dépression cicatricielle; plus souvent ils s'ulcèrent, se recouvrent de croûtes d'épaisseur et d'aspect variables; l'ulcération peut atteindre les tissus sous-jacents, détruisant les os, mutilant plus ou moins profondément les parties atteintes et donnant lieu à des difformités souvent hideuses.

Le mode d'agglomération, le siège et l'évolution des nodules lupiques élémentaires varient beaucoup d'un cas à l'autre et impriment à l'affection des formes cliniques très différentes, que nous indiquerons sommairement.

Le lupus peut être plan, formant une tache à la surface de la peau, ou élevé et dépassant plus ou moins le niveau de celle-ci. Il peut persister long-

temps sans s'ulcérer, l'épiderme conservant un aspect voisin de l'état normal (lupus non exedens), ou se recouvrant de squames pityriasiformes ou psoriasiformes ; il peut encore donner lieu à des ulcérations (lupus exedens) plus ou moins végétantes, parfois rapidement et profondément extensives (lupus vorax), d'autres fois à marche lente, la partie centrale des lésions restant ulcérée ou se cicatrisant tandis qu'elles progressent par leurs bords (lupus serpigineux) ; les croûtes qui recouvrent les ulcérations peuvent présenter des aspects variables (lupus rupioïde, lupus impétiginiforme, etc.).

Les tubercules lupiques peuvent se réunir en groupes plus ou moins larges, de forme généralement arrondie (lupus discoïde), tantôt uniques tantôt multiples, ou se répartir irrégulièrement sur une surface étendue (lupus disséminé).

Les éléments constituants de la peau peuvent subir, au niveau des lésions lupiques, des lésions multiples, aboutissant à l'hyperplasie de la couche papillaire et épidermique (lupus papillomateux, lupus verruqueux, lupus scléreux de Vidal), ou des vaisseaux (lupus télangiectasique, lupus pernio).

Le siège de prédilection du lupus est la face, où il occupe de préférence les joues et le nez, qu'il peut détruire plus ou moins complètement ; les oreilles sont fréquemment atteintes et déformées par lui ; il siège rarement au cuir chevelu. Le cou est encore une de ses localisations fréquentes : il y succède d'habitude à des adénopathies tuberculeuses. Toutes les régions du tronc et toute l'étendue des membres peuvent être envahies par lui ; le lupus des extrémités mérite une mention particulière en raison de l'envahissement fréquent des os sous-jacents et des

mutilations qui en résultent et en raison de l'état éléphantiasique qui les accompagne souvent à la suite de poussées multiples de lymphangite streptococcique.

Plusieurs de ces localisations coexistent fréquemment chez un même sujet.

Les muqueuses peuvent être le siège de lésions lupiques, coïncidant ou non avec des lésions cutanées.

Les ganglions lymphatiques correspondant à la région atteinte de lupus sont ordinairement le siège de lésions similaires, c'est-à-dire tuberculeuses.

La nature tuberculeuse du lupus vulgaire est aujourd'hui une des données les plus certaines de l'étiologie des dermatoses. Établie par M. Besnier sur les bases de l'observation clinique (fréquence des lésions viscérales tuberculeuses chez les lupiques, début assez fréquent au niveau des cicatrices de lésions tuberculeuses profondes, ganglionnaires, osseuses ou autres, antécédents héréditaires de tuberculose, etc.), elle a reçu successivement l'appui de l'anatomie pathologique qui a fait voir dans les lésions lupiques la présence de follicules tuberculeux typiques (Friedländer, Vidal et Leloir), de l'expérimentation qui a montré le pouvoir tuberculigène des lésions lupiques inoculées aux animaux (Cornil et Leloir, H. Martin, etc.), de la bactériologie qui a décelé le bacille de Koch dans les tissus lupiques par les réactifs colorants (Doutrelepont, Demme, Schuchardt et Krause, Cornil et Leloir, etc.), par la culture (Koch), et par les injections d'extraits glycérinés de cultures tuberculeuses (Koch).

Ces recherches ont prouvé que le lupus, qualitativement tuberculeux, l'était quantitativement peu : les bacilles y sont rares, la tuberculose expérimen-

talement produite par lui est peu virulente. Le lupus est donc une tuberculose atténuée, comme le sont d'ailleurs les autres tuberculoses cutanées.

Au point de vue de l'intervention thérapeutique, la quantité a peu d'importance ; il suffit que le lupus soit tuberculeux pour que la voie à suivre soit indiquée.

Traitement. — Le lupus vulgaire constitue la forme la plus fréquente des tuberculoses cutanées, la plus désespérante peut-être par ses récidives multiples presque indéfinies, qui rendent son traitement difficile et laborieux au suprême degré. La localisation fréquente au visage rend plus délicate encore l'intervention thérapeutique qui doit non seulement guérir les lésions, mais les guérir avec le minimum de délabrements et de déformation, au besoin même réparer les désordres matériels produits par la maladie. Si cette considération esthétique ne doit pas arrêter le médecin dans l'emploi des moyens curatifs, elle en modère singulièrement dans la pratique l'énergie et entre pour une part importante dans ses décisions.

Le *traitement général* joue un grand rôle dans cette affection, non pour la guérir radicalement — c'est, du consentement unanime des dermatologistes, lui demander plus qu'il ne peut tenir — mais pour soutenir les forces du malade, empêcher l'envahissement de l'économie par l'infection tuberculeuse qui la menace, modérer même l'extension du processus lupique à la surface du tégument. Ce traitement, à la fois médicamenteux, diététique et hygiénique, est celui des tuberculoses en général, des tuberculoses locales en particulier, de la scrofule telle que la comprenaient nos prédécesseurs.

Une alimentation abondante, facilement digestible, dans laquelle prédomineront les aliments azotés

et les féculents, sera prescrite aux sujets atteints de lupus vulgaire; leurs fonctions digestives seront surveillées, et les troubles qu'elles présenteront seront traités pour que cette alimentation soit assimilée.

Leur hygiène générale sera l'objet de l'attention du médecin, qui veillera à ce qu'elle soit aussi parfaite que possible : aération, exercice modéré, suppression de toutes causes de fatigue physique, lotions excitantes sur la totalité du corps, tub toutes les fois qu'il sera possible.

L'huile de foie de morue, à doses aussi élevées que possible, les préparations iodées (sirop d'iodure de fer, sirop iodo-tannique, sirop antiscorbutique, iodoforme, etc.), arsenicales (liqueur de Fowler, solution d'arséniate de soude, granules de Dioscoride, arséniate de fer), la créosote font les frais de la thérapeutique médicamenteuse, suivant les cas, suivant l'état de l'appareil digestif et de l'appareil pulmonaire. Les injections sous-cutanées d'huile créosotée ou iodoformée rendent parfois des services dans les cas d'intolérance gastrique; mais leur emploi ne pourra être que l'exception.

Le séjour au bord de la mer, sauf sur les plages fortement excitantes du Nord, qui activent souvent la marche du lupus ulcéré et floride et qui ne sont peut-être même pas innocentes dans les lupus non ulcérés, ou mieux le séjour hibernal dans les stations de la Rivière de Gênes, et surtout les eaux thermales sulfureuses (Luchon, Cauterets, Barèges, Challes, Schinznach, etc.), chlorurées sodiques (Salies-de-Béarn, Briscous, Salins-du-Jura, Bourbon-Lancy, Bex, etc.), arsenicales (la Bourboule) constitueront des adjuvants de premier ordre dans nombre de cas.

Il n'y a là, en somme, rien de particulier au lupus;

ce qu'il faut exiger du malade, c'est la continuité de ce traitement hygiénique, diététique et médicamenteux, quitte au médecin à en diriger la marche, à en varier les agents suivant les cas et les indications nouvelles que fournit l'état général plus encore que l'état local des lésions.

Ce qu'il faut, en effet, bien retenir, c'est que ces moyens thérapeutiques ou autres sont dirigés moins contre le lupus lui-même en tant que lésion constituée, que contre l'état constitutionnel du sujet qui en est porteur. Le traitement général permet au malade de supporter sa lésion, l'aide à la faire le moins étendue possible; mais surtout il empêche l'économie de se laisser envahir par l'infection tuberculeuse menaçante, en lui donnant les forces nécessaires pour y résister.

Le traitement général est donc indispensable chez les lupiques, mais il doit compléter le traitement local : ce dernier seul peut guérir le lupus. C'est là une vérité dont il faut se pénétrer si on veut instituer une thérapeutique réellement efficace.

Les injections d'extrait glycériné de cultures tuberculeuses, proposées par Koch comme moyen curatif des tuberculoses en général et du lupus vulgaire en particulier, ont donné les résultats que tout le monde connaît. Malgré leur échec, elles ont été le point de départ de recherches pour trouver des substances qui, introduites dans la circulation générale par la voie hypodermique, agissent plus ou moins spécifiquement sur les éléments lupiques : les injections de thiosinamine (H. von Hebra), d'extrait de teucrium scordium ou teucrine (von Mosetig-Moorhof), de nucléine, de cantharidate de soude, etc., ont été proposées dans ce but : elles ont donné, au dire de

leurs promoteurs, quelques résultats que d'autres recherches n'ont pas confirmés. Sans vouloir nier l'efficacité de ces substances et sans condamner à l'avance les tentatives de ce genre, on peut dire que cette méthode du traitement du lupus n'a pas encore fait ses preuves; jusqu'à plus ample informé, elle ne peut être recommandée, d'autant que plusieurs des substances préconisées ont parfois déterminé des accidents graves; on les a vues provoquer de nouvelles poussées lupiques, et il est possible, comme le pense Spiegler (1), qu'elles déterminent la généralisation de la tuberculose.

Même incertitude sur les résultats des injections de sérum d'animaux réfractaires à la tuberculose : chèvre, chien (Tommasoli) (2).

Le traitement spécifique du lupus par les injections hypodermiques est donc à trouver. Jusque-là le traitement local conserve ses droits.

Le *traitement local* du lupus est de ceux qui ne s'improvisent pas; il faut, pour le mettre fructueusement en pratique, en connaître tous les détails, toutes les ressources, et c'est à peine si, en quelques pages, nous lui pourrons donner les développements qu'il mérite.

Malgré ses richesses, ce traitement ne donnera

(1) *Centralblatt f. klin. Medic.*, 9 sept. 1893.

(2) Quoique l'inoculation du streptocoque ne puisse être tentée comme moyen thérapeutique, nous devons signaler ici les vertus curatives qu'on a attribuées à l'érysipèle, pour prémunir le lecteur contre cette opinion; en effet, à côté de cas où on a vu, à la suite d'un érysipèle, survenir une amélioration toujours passagère, il en est d'autres au moins aussi nombreux dans lesquels cette infection secondaire n'a eu aucun résultat favorable, parfois même a provoqué une extension rapide de la maladie primitive. Aussi, loin de rechercher l'érysipèle pour les lupiques, doit-on le leur éviter soigneusement.

souvent que des résultats assez imparfaits, et surtout il sera désespérant par la lenteur de son action. Sans prétendre, comme on l'a dit, que plus lente est l'action d'un traitement du lupus, plus sûre est son efficacité, il est certain que la durée du traitement le mieux conduit dépasse de beaucoup ce que l'on pourrait croire en présence des lésions. Il est certain aussi que, lorsqu'on voit survenir une amélioration, la guérison est encore lointaine : pour que disparaisse toute trace des lésions, il faudra encore des semaines, sinon des mois d'intervention continue, et, lorsqu'on aura obtenu une cicatrice vierge de toute lésion lupique, on devra s'attendre à voir reparaître dans celle-ci, pendant une longue série d'années, des nodules qu'il faudra encore détruire. Il y a loin de ces prémisses, dont l'observation clinique montrera peut-être encore longtemps l'exactitude, aux prétentions des novateurs qui, ignorant la marche du lupus, prétendent le guérir en quelques jours, quand ce n'est pas en quelques heures : il est vrai qu'ils confondent cicatrisation des ulcérations lupiques et guérison du lupus : ils ont fait comme un restaurateur de tableaux qui aurait verni un tableau sans y réappliquer les fragments détachés par la vétusté et se féliciterait de son travail.

L'*antisepsie* joue, dans le traitement du lupus, un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'admet généralement. Elle a pour but, moins d'agir directement sur l'agent pathogène du lupus, si difficile à atteindre dans les tissus, que d'empêcher l'accès, la pullulation des agents d'infections secondaires, qui viennent aggraver l'infection primaire et parfois produisent des accidents infectieux à distance.

Si le terrain joue un rôle dans l'évolution du tubercule lupique, dans son ramollissement et son ulcération, celui des agents pyogènes d'origine externe est plus grand encore. La bactériologie le démontre surabondamment (Leloir), et nous en avons eu plus d'une fois la preuve clinique en obtenant, par les seules applications antiseptiques, la cicatrisation d'ulcérations lupiques anciennes et rebelles. Les cicatrisations rapides survenues après les scarifications dans les lupus végétants et ulcérés sont dues, ce nous semble, en partie aux pratiques antiseptiques qu'on leur associe plus ou moins consciemment et trop parcimonieusement en général.

Le premier soin d'un médecin, en présence d'une ulcération lupique recouverte de croûtes, doit être de faire tomber celles-ci : il pourra alors seulement être renseigné sur la disposition réelle des lésions, sur leur étendue, leur profondeur, les caractères de l'ulcération.

Si les croûtes sont peu épaisses et peu étendues, la curette ou le racloir de Vidal suffisent. Si elles sont épaisses et cachent de larges surfaces, il faut d'abord les ramollir au moyen de cataplasmes de fécule de pommes de terre, et, mieux encore, au moyen de pulvérisations tièdes de liquides légèrement antiseptiques (eau boriquée, solution de sublimé à 1/4000, solution de phéno-salyl à 1/500, etc.) prolongées pendant dix à quinze minutes, répétées matin et soir et suivies d'applications de pansements humides. Au bout de deux ou trois pulvérisations, les croûtes sont tombées et on peut poser les indications du traitement.

La plupart des dermatologistes commencent alors le traitement actif, chirurgical du lupus. Sauf excep-

tion, par exemple dans des lupus à marche rapide, risquant d'envahir des organes importants et contre lesquels il convient de lutter de suite, ou chez des malades qui exigent un traitement immédiat, il y a avantage à attendre quelques jours au moins avant d'intervenir chirurgicalement. Très fréquemment, sous l'influence de pansements antiseptiques humides, les bourgeons s'affaissent, l'ulcération se réduit, quelques points de sa surface se cicatrisent, la limitation du champ d'action chirurgicale compense largement cette temporisation.

Les pansements antiseptiques ne doivent pas être irritants, sous peine d'aller à l'encontre de leur but : nous donnons la préférence au sublimé, à l'acide borique, au phéno-salyl, à la condition qu'ils soient tolérés; parfois nous nous contentons d'eau bouillie ou d'infusion de camomille.

Le pansement doit être renouvelé deux fois par jour et précédé d'un lavage des surfaces suppurantes avec une solution antiseptique, fait avec précaution. Il est complété par un morceau de taffetas gommé ou de gutta-percha, de forme appropriée, suffisamment large pour empêcher sa dessiccation et son adhérence à la peau; c'est là le point le plus difficile à obtenir des malades, lorsque le lupus siège à la face et que le pansement couvre les yeux ou gêne les mouvements de la bouche; mais il faut l'exiger. Il faut également exiger que ce pansement soit conservé constamment.

Si les ulcérations sont peu étendues, ce pansement suffira souvent à leur cicatrisation, surtout si on aide son action par des attouchements au nitrate d'argent.

A toutes les périodes du traitement du lupus, la cicatrisation complète des surfaces malades dans

l'intervalle des interventions actives est le but que doit d'abord se proposer le médecin, parce que c'est le moyen le plus sûr de mettre à l'abri contre les infections pyogènes exogènes. C'est également le moyen d'avoir toujours, à la surface des lésions cautérisées ou scarifiées, le plus possible de ces îlots épidermiques qui facilitent la production de cicatrices lisses.

Les pansements humides ont parfois, lorsqu'ils sont appliqués longtemps sans interruption, l'inconvénient de macérer l'épiderme, de le rendre friable et de retarder la cicatrisation : en pareil cas, il convient de les suspendre et de recourir à l'emploi des pommades antiseptiques (vaseline boriquée de préférence), ou mieux, et surtout lorsque les ulcérations sont peu étendues, au pansement sec avec des poudres antiseptiques ou absorbantes : iodoforme, salol, aristol, dermatol, sous-nitrate de bismuth, sous-carbonate de fer, etc., qu'on emploie incorporées à la gaze, ou qu'on maintient avec un pansement ouaté ou avec des emplâtres adhésifs. De la sorte, on arrive, avec un peu de tact ou quelques tâtonnements, à faire cicatriser un plus grand nombre d'ulcérations.

Il y a cependant des ulcérations rebelles, bel et bien lupiques, c'est-à-dire tuberculeuses et uniquement tuberculeuses, qui résistent à ces topiques et qu'il faut attaquer par des méthodes plus actives.

Les emplâtres adhésifs sont fréquemment employés pour le pansement des ulcérations lupiques. Nous les considérons comme très inférieurs aux pansements humides. Ils entretiennent la suppuration, sans avantage autre que celui de s'opposer très imparfaitement à l'accès des germes extérieurs. Ils

peuvent cependant être tolérés chez les sujets auxquels leurs occupations ne permettent pas de conserver un pansement plus correct, mais à la condition d'être renouvelés au moins une fois par jour après lavage de la surface avec une solution antiseptique, de préférence la liqueur de van Swieten.

Lorsque le lupus n'est pas ouvert, l'antisepsie cutanée n'a pas perdu tous ses droits. Les lavages quotidiens avec une solution antiseptique, faiblement alcoolisée, permettent de maintenir l'épiderme à l'abri des infections exogènes.

Une innombrable série de *pommades* variées a été proposée contre le lupus. Aucune, on peut le déclarer sans crainte, n'a jamais produit la guérison, même temporaire, d'un seul cas de lupus. Nous nous abstiendrons donc de les signaler, ne voulant pas éveiller, dans l'esprit du lecteur, l'idée qu'elles peuvent avoir quelque utilité.

Nous serions presque tenté d'en dire autant des *emplâtres*, si des auteurs considérables ne les avaient recommandés récemment encore. Certains de ces emplâtres, en vertu des substances irritantes qui entrent dans leur composition comme les emplâtres à l'acide pyrogallique, à la créosote, à l'acide salicylique, etc., peuvent cependant provoquer une exfoliation épidermique, arriver au contact des éléments lupiques, et en produire l'élimination ; mais toujours, lorsqu'ils sont assez actifs pour atteindre ce résultat, ils donnent lieu à des ulcérations se cicatrisant d'une façon plus ou moins vicieuse ; la guérison, si elle se produit, est acquise au prix de difformités souvent considérables.

En réalité, sauf l'antisepsie cutanée, qui provoque la cicatrisation des ulcérations sans guérir le lupus,

il n'y a d'espoir à fonder que sur l'emploi des caustiques et des procédés chirurgicaux.

Les *caustiques chimiques* ont longtemps constitué la base du traitement local actif du lupus et sont encore employés par un certain nombre de dermatologistes. Pour la plupart des auteurs, cependant, leur rôle est très restreint et se réduit presque à celui d'adjuvants du traitement chirurgical dans certaines conditions déterminées.

Les caustiques les plus divers ont été tour à tour employés : pâte de Vienne, caustiques arsenicaux, chlorure de zinc, acides azotique, chlorhydrique, lactique, acétique, pyrogallique, chrysophanique, naphthol camphré, mercuriaux, etc.

Les pâtes caustiques sont aujourd'hui à peu près unanimement rejetées : détruisant indistinctement (même celles auxquelles on attribue plus ou moins gratuitement des propriétés électives) et profondément les tissus sains et morbides, elles laissent des cicatrices irrégulières, difformes, et sont bien inférieures aux caustiques liquides.

Parmi les acides, on n'emploie plus guère que l'acide lactique, qui agit moins efficacement dans le lupus vulgaire que dans d'autres formes de tuberculose cutanée, mais qui est très utile dans le lupus des muqueuses.

L'acide pyrogallique, vanté par Schwimmer (de Buda-Pesth), peut être employé soit en pommades à 10 0/0, soit en emplâtres à 10 0/0 additionnés d'acide salicylique, soit en solution éthérée concentrée qu'on laisse évaporer et dont on recouvre le résidu avec une couche de traumaticine (Besnier); il semble avoir une action élective sur les tissus lupiques, mais il est assez douloureux et laisse à sa suite

des cicatrices difformes, alors même qu'on surveille attentivement la réparation des pertes de substance.

Le naphthol camphré peut servir de topique sur des surfaces lupiques ulcérées, mais ne nous a pas paru préférable à d'autres substances.

Le chlorure de zinc, pur ou étendu de son volume d'eau, est un bon caustique agissant sur les tissus morbides ; il respecte à peu près complètement la peau saine à condition de ne le laisser agir que pendant une heure ou deux et de le remplacer, après lavage soigneux, par un pansement humide ; mais il a, comme les autres caustiques, l'inconvénient de produire des cicatrices irrégulières, moins bridées cependant que celles produites par la plupart de ses congénères. Il constitue à notre avis le meilleur caustique adjuvant des interventions sanglantes par la curette.

Les caustiques ont, sur les méthodes sanglantes, l'exérèse exceptée, l'avantage de détruire vite des portions étendues de tissus lupiques et d'en amener la cicatrisation dans un temps assez court. Les cicatrices vicieuses qui leur succèdent ne sont pas sans inconvénient sur les régions découvertes, de sorte que leur emploi se limite presque au lupus des membres. A la face, il est des régions, comme le voisinage de l'œil, où ils sont absolument proscrits ; sur d'autres régions du visage, ils peuvent cependant rendre des services ; certains sujets indociles ou très sensibles se livrent, à l'approche du scarificateur ou du cautère, à des mouvements désordonnés qui risquent de porter l'instrument sur des parties du visage qu'il doit respecter ; les liquides caustiques sont mieux supportés et peuvent être appliqués méthodiquement ; il est vrai que la douleur intense et

prolongée qui accompagne leur action dépasse de beaucoup celle provoquée par les moyens chirurgicaux, mais il n'y a plus alors à craindre qu'elle fasse dévier la main de l'opérateur.

Le nitrate d'argent rend de grands services dans le traitement du lupus; son action étant trop superficielle pour détruire les tubercules lupiques, il complète la destruction des tubercules cautérisés avec le feu ou extirpés par la curette et surtout modère le développement des bourgeons charnus après ces interventions. A ce titre, ainsi que M. Besnier y insiste particulièrement, il aide à obtenir des cicatrices régulières : les crayons mitigés de nitrate d'argent peuvent être taillés en pointe fine pour pénétrer dans toutes les anfractuosités d'un tubercule mis à nu, ou promenés sur la plaie; le passage immédiat d'un crayon de zinc métallique, qui au contact de la couche de sel d'argent met son acide en liberté et fait agir celui-ci à l'état naissant sur les bourgeons charnus, renforce son action caustique.

Traitement chirurgical — L'*extirpation* serait incontestablement le procédé de choix si elle était applicable au lupus vulgaire, comme elle l'est à nombre d'épithéliomas cutanés; mais il est loin d'en être ainsi : les lésions lupiques s'étendent au delà des points où elles se révèlent par des signes macroscopiques; en outre, elles siègent fréquemment dans des régions où on ne peut songer à faire une large perte de substance laissant après elle une cicatrice étendue, qui en modifie l'aspect. Aussi, l'extirpation n'est-elle applicable qu'aux lupus circonscrits des régions couvertes; et encore doit-elle être assez large pour en dépasser les limites en tous sens, surface et profondeur, et, si considérable qu'ait été le traumatisme

opératoire, n'est-on pas toujours à l'abri d'une récidive locale.

Pour pallier les inconvénients d'une exérèse étendue, on a eu recours aux greffes de Thiersch. Ce procédé, appliqué au traitement du lupus par Senger, Eisselberg, Roux, Hahn, Baur, Schiff, etc., leur a donné, paraît-il, des résultats remarquables. Voici, d'après M. Castex (1) qui a pu constater son efficacité, le manuel opératoire de cette intervention : après chloroformisation, on enlève au bistouri un lambeau de peau lupique d'une étendue de 7 à 8 centimètres carrés comprenant le tissu cellulaire sous-cutané; l'hémostase est obtenue par le pincement des artères et par l'application sur les surfaces cruentées d'une couche épaisse de gaze aseptique que l'on comprime fortement pendant un quart d'heure avec le plat de la main et, quand elle est complète, on enlève, par des mouvements de zigzag, au moyen d'un grand rasoir plat sur l'une des faces, légèrement concave sur l'autre, des lambeaux épidermiques de 2 centimètres de large sur 10 de long, sur le devant de la cuisse; ces bandelettes sont plissées sur le rasoir : on les dépose ainsi, puis on les déploie à la place du lambeau lupique excisé, et on recouvre ainsi totalement la perte de substance, puis on applique une couche de protective et un pansement humide à la gaze aseptique imbibée d'eau stérilisée, que l'on renouvelle tous les jours et que l'on remplace au cinquième jour par une couche d'huile aseptique recouverte de gaze. L'absence de suppuration est une condition pour le succès. La greffe se soude peu à peu, la peau prend d'abord un aspect peu satisfai-

(1) Castex. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, sept. 1891.

sant, rugueux et grisâtre ; mais dans la suite, au bout d'un temps assez long, elle reprend un aspect normal. L'extirpation d'un lupus se fait en cinq ou six opérations semblables.

Reste à savoir s'il ne survient pas de récidives, quelque large qu'ait été l'ablation des tissus lupiques. Nous ne croyons pas, pour notre part, que cette méthode soit applicable aux lupus de la face et, pour les lupus larges des membres, elle ne nous paraît pas sensiblement supérieure aux autres modes d'intervention.

Le *raclage* a été introduit dans la thérapeutique du lupus par Volkmann, et a eu pendant un certain temps une vogue considérable. Volkmann se servait des curettes qui portent son nom (Voir T. II, p. 315), avec lesquelles il extirpait tous les tissus lupiques et ruginait énergiquement les surfaces malades. L'emploi des petites curettes de B. Squire, des curettes perforées de M. Besnier, plus faciles à vider, du racloir de Vidal a permis d'étendre les applications du raclage et de l'adapter au traitement des lupus peu étendus, à l'extirpation des tubercules lupiques disséminés auxquels la curette de Volkmann était inapplicable.

De là sont nés deux procédés de raclage appliqués au traitement du lupus, qui peuvent être désignés sous les noms de rugination et de curettage (E. Besnier).

La *rugination*, encore très en honneur en Allemagne, se pratique avec la curette tranchante de Volkmann, tenue fermement dans la main, maniée perpendiculairement à la surface tranchante, avec laquelle on extirpe tous les tissus morbides; la résistance du derme sain empêche l'instrument de le pénétrer

et, avec un peu d'habileté, on évite toute destruction inutile de la peau normale. L'hémorrhagie en nappe, souvent abondante, qui se produit alors, s'arrête facilement sous l'influence d'une compression légère avec des tampons d'ouate hydrophile trempés dans une solution antiseptique ou passés à l'autoclave (l'ouate hydrophile sèche laisse sur la plaie des filaments adhérents, difficiles à arracher complètement). Lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, on complète le raclage soit avec une grosse curette, soit avec un instrument moins volumineux, et on extirpe les tubercules qui ont échappé à la rugination; c'est surtout sur les bords de la plaque que cette rugination secondaire, de perfectionnement, doit être pratiquée avec soin; puis, après une nouvelle hémostase avec l'ouate, on badigeonne toute la surface cruentée soit avec une solution de nitrate d'argent au 50e soit avec une solution de chlorure de zinc au 10e, afin de détruire les tubercules lupiques que le grattage a incomplètement détruits ou laissés persister dans la plaie. Un pansement à la gaze salolée ou iodoformée, complété par une épaisse couche d'ouate, est appliqué sur la région opérée et remplacé au bout de trois ou quatre jours par un pansement semblable qu'on renouvelle ensuite tous les jours ou tous les deux jours ; à chaque changement de pansement, on cautérise au nitrate d'argent les bourgeons charnus exubérants.

La rugination, ainsi comprise, est une véritable opération chirurgicale, qui nécessite presque toujours l'anesthésie du malade, quoique nous l'ayons faite sans chloroformisation pour des lésions limitées, chez quelques sujets exceptionnellement courageux. La cautérisation qui la suit provoque des dou-

leurs vives persistant pendant plusieurs heures.

Les résultats immédiats sont des plus remarquables : de larges surfaces, recouvertes de tubercules lupiques confluents, sont remplacées, dans l'espace de douze à quinze jours, par une cicatrice d'autant plus belle qu'on en a mieux surveillé la formation et sur laquelle on ne voit pas de traces de tubercules lupiques.

Ce mode d'intervention est cependant loin de donner des résultats parfaits et d'être applicable à tous les cas de lupus.

En premier lieu, la cicatrice qui lui succède, même dans les cas les plus favorables, est lisse, unie, décolorée, ne donne pas l'illusion d'une peau saine : elle est trop régulière et déparerait singulièrement le visage, de sorte que cette opération doit être réservée presque exclusivement aux lupus des membres.

En second lieu, cette cicatrice, au bout d'un temps plus ou moins long et d'autant plus court que la rugination a été moins énergique, est envahie par de nouveaux tubercules lupiques : d'abord peu volumineux et disséminés, développés surtout sur les bords, ils se multiplient ensuite et finissent par recouvrir toute la surface précédemment atteinte par le lupus et, si on ne les détruisait au fur et à mesure de leur développement, le bénéfice de l'opération ne tarderait pas beaucoup à être entièrement perdu.

Malgré ces derniers inconvénients, que la rugination partage d'ailleurs avec les autres modes de traitement du lupus, cette opération nous semble mériter plus de confiance qu'on ne lui en accorde généralement en France ; elle nous a donné, comme à

M. A. Broca (1), des résultats immédiats trop beaux pour que nous puissions nous en priver. Mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner : elle constitue un moyen d'obtenir, en une seule séance, la disparition temporaire de lésions lupiques étendues, saillantes ou non, scléreuses ou non, de provoquer la cicatrisation régulière d'altérations que les autres procédés, même maniés énergiquement sous le chloroforme, n'auraient jamais améliorées aussi rapidement. C'est une opération brillante comme résultats initiaux, ce n'est pas un mode de traitement radical du lupus.

Le *curettage* a moins de prétentions que la rugination : s'effectuant avec des instruments de moindres dimensions, il ne cherche guère qu'à atteindre les petits tubercules lupiques disséminés dans la peau saine et dans les cicatrices anciennes. Au moyen d'une curette de B. Squire ou d'une curette fenêtrée de Besnier, on pénètre dans la logette occupée par le tubercule qu'on fouille en tous sens et dont on extirpe le contenu : on cautérise ensuite, soit avec une solution de nitrate d'argent, soit avec une solution de chlorure de zinc, soit mieux encore avec un crayon de nitrate d'argent mince et pointu, ou bien on promène sur les parois de la cavité une pointe fine de galvano-cautère ; puis on recouvre d'un pansement antiseptique ou d'une rondelle d'emplâtre de Vigo, ou d'emplâtre adhésif quelconque, qu'on renouvelle chaque jour en ayant soin de modérer le bourgeonnement par des attouchements avec le crayon de nitrate d'argent.

Pour les très petits tubercules enchâssés dans les

(1) Broca. *Soc. franç. de Dermat.*, 10 déc. 1891.

cicatrices de lupus, on peut se servir de la petite curette de M. Dubreuilh, qui, maniée à la façon d'un drille, traverse facilement l'épiderme qui recouvre un tubercule lupique, dilacère ce dernier et pénètre dans tous ses prolongements.

Le curettage, ainsi limité dans ses applications, peut parfois suppléer la rugination pour enlever des tubercules lupiques exubérants, et préparer la mise en œuvre d'autres moyens de traitement, et surtout pour extirper de petits nodules disséminés; mais ses applications sont en somme très limitées. Lorsqu'on considère que le curettage, opération sanglante, nécessite presque les mêmes précautions antiseptiques que la rugination complète et ne détruit que des portions de tissus très peu volumineuses, que la cautérisation ignée donne des résultats à peu de chose près identiques avec une rapidité plus grande et une douleur certainement moindre, que de plus il provoque fréquemment la formation de saillies cicatricielles dures, on est amené à restreindre singulièrement son emploi et, pour notre part, nous le trouvons de beaucoup inférieur à la cautérisation ponctuée.

Les *scarifications*, introduites dans le traitement du lupus vulgaire par Volkmann, qui, avec une aiguille à cataracte, dilacérait isolément chacun des tubercules lupiques (scarification ponctuée), sont entrées dans la thérapeutique courante du lupus depuis que Balmanno Squire proposa de remplacer le procédé de Volkmann par des scarifications étendues et parallèles. La méthode de B. Squire, bientôt régularisée et perfectionnée par E. Vidal et par M. Besnier, était, il y a quelque douze ans, employée sur une large échelle à l'hôpital Saint-Louis. Aujourd'hui encore, quoique sa vogue ait diminué et que les cautérisa-

tions ignées proposées par M. Besnier aient singulièrement restreint le champ de ses applications, elle est pour certains dermatologistes la méthode de choix dans le plus grand nombre des cas de cette affection.

Les scarifications se pratiquent avec l'aiguille à scarifier de Vidal; elles réclament les précautions antiseptiques et aseptiques de rigueur dans toutes les opérations sanglantes. Nous décrivons ailleurs (T. II, p. 334) leur manuel opératoire. Nous n'indiquerons ici que les règles plus spécialement applicables dans le lupus.

La profondeur à laquelle doit pénétrer l'aiguille peut être facilement appréciée, grâce à la résistance différente du tissu lupique et du derme normal : on sent très bien, avec les doigts qui tiennent le scarificateur, si sa pointe est engagée dans un nodule lupique de consistance mollasse ou si elle rencontre le derme sain, qui lui oppose une résistance appréciable : dans le premier cas, il faut pénétrer jusqu'à la partie profonde du nodule; dans le second, on ne doit pas chercher à forcer la résistance. C'est dans cette règle, bien facile à comprendre lorsqu'on a l'instrument en main, que se résume presque toute la pratique des scarifications.

La distance à mettre entre les scarifications varie suivant les cas : elle doit être d'autant moindre que les tubercules lupiques sont plus rapprochés. S'ils sont confluents, très mous, les scarifications seront très rapprochées, et parfois on pourra les dilacérer avec l'aiguille que l'on fera jouer dans différents sens, combinant ainsi la scarification ponctuée de Volkmann avec la scarification linéaire de B. Squire; s'ils sont plus espacés, on pourra écarter les scarifications.

D'une façon générale, l'intervalle des incisions variera entre 1 et 2 millimètres au plus; d'une façon générale, il sera moindre dans la première série de scarifications que dans la série de scarifications obliques aux premières; d'une façon générale aussi, on les rapprochera plus vers les bords des placards qu'à leur centre. La pratique des scarifications apprendra plus d'ailleurs à ce sujet qu'une longue description.

L'anesthésie nous paraît absolument contre-indiquée pour la scarification des surfaces lupiques : l'anesthésie générale est, comme le fait observer M. Besnier, trop dangereuse pour pouvoir être employée dans une opération qu'il faut répéter un nombre considérable de fois. L'anesthésie par congélation a l'inconvénient de donner aux surfaces à attaquer une coloration et une consistance uniformes qui ne permettent plus de distinguer les nodules lupiques de la peau saine. La cocaïne est insuffisante en badigeonnages, dangereuse en injections sous-cutanées, son emploi complique trop une opération à laquelle les malades se soumettent facilement.

L'hémorrhagie consécutive à la scarification du lupus s'arrête facilement par la compression à l'ouate sèche ou mieux légèrement humide; après un lavage avec une solution antiseptique, solution de sublimé de préférence, on pansera autant que possible avec la même solution ou, à la rigueur, on recouvrira les surfaces scarifiées d'un emplâtre adhésif. (Voir T. II, p. 337).

Si la cicatrisation ne se faisait pas régulièrement, si la plaie se recouvrait de bourgeons charnus exubérants, on aurait recours aux attouchements avec le crayon de nitrate d'argent; mais cette pratique ne

devient nécessaire que lorsque la scarification a été faite sur des lupus ulcérés, auxquels, sauf exceptions très rares, cette méthode ne nous semble pas convenir.

Lorsque la cicatrisation est complète, les malades doivent continuer les lavages à la liqueur de van Swieten pure ou coupée d'eau. Les emplâtres, dont plusieurs dermatologistes vantent l'emploi dans l'intervalle des scarifications, peuvent alors être appliqués, à la condition qu'ils n'irritent pas les téguments et ne provoquent pas leur suppuration ; mais, dans le plus grand nombre des cas, leur emploi sera sans utilité.

Les séances de scarifications peuvent être répétées dès que les plaies sont cicatrisées, c'est-à-dire au bout de cinq à six jours ; lorsqu'on applique cette méthode à des lupus étendus et très actifs, il y a lieu de scarifier toutes les semaines ; le résultat est d'autant plus rapide que les séances sont plus rapprochées ; dans les lupus moins actifs, lorsque les tubercules sont isolés, on peut les espacer un peu plus.

Les scarifications sectionnent les vaisseaux et, après cicatrisation, le calibre de ceux-ci est diminué, la nutrition des nodules lupiques est ainsi modifiée, ils cessent de s'accroître et diminuent de volume ; en répétant les séances de scarifications, on finit par avoir une cicatrice remarquablement belle et lisse, de beaucoup supérieure à celles produites par tous les caustiques chimiques.

Un pareil résultat n'est cependant obtenu qu'après un nombre de séances de scarifications souvent considérable, et si les scarifications produisent ces résultats définitifs beaucoup plus parfaits que d'autres procédés, elles les font payer par une durée extraor-

dinairement longue du traitement. Les malades qui s'y soumettent doivent donc savoir que le nombre des séances de scarifications est *illimité*.

Cet inconvénient n'est pas le seul, ni surtout le plus grave, du traitement du lupus par les scarifications.

Il en est un autre, sur lequel M. Besnier a tout spécialement insisté, c'est la possibilité de l'infection sanguine par le fait de l'ouverture des vaisseaux et la possibilité d'une généralisation de la tuberculose. On a taxé cette crainte de théorique : quand cela serait, la théorie est assez rationnelle pour qu'on lui accorde quelque créance. Pour notre part, nous croyons que la preuve est faite, et nous avons vu des cas dans lesquels une généralisation à forme de tuberculose miliaire aiguë a paru succéder à des séances de scarifications, de même qu'on la voit survenir à la suite du raclage d'une articulation tuberculeuse ou d'un abcès froid. Ces faits nous paraissent suffisants pour condamner la pratique des scarifications dans les lupus étendus, avec tubercules volumineux, et surtout dans les lupus végétants.

Ce n'est pas à dire pour cela que les scarifications doivent disparaître de la thérapeutique du lupus vulgaire. Elles sont peu dangereuses, si elles le sont, dans les lupus à nodules disséminés, dans les cicatrices parsemées de petits nodules lupiques, et peuvent encore, en pareil cas, rendre des services pour compléter une cure commencée par d'autres procédés, alors que l'action de ceux-ci semble s'affaiblir.

Mais leur principale indication est dans les cicatrices vicieuses du lupus : quelques séances de scarifications suffisent à faire disparaître les brides d'apparence chéloïdienne produites par les applications

de caustiques et d'emplâtres irritants, et à rendre les cicatrices presque aussi belles que celles obtenues à grands frais de temps par les scarifications seules.

Il en est de même lorsque les cicatrices sont vascularisées, de teinte rouge diffuse, ou parcourues par des dilatations vasculaires irrégulièrement réparties.

Les scarifications doivent donc être considérées comme un procédé de perfectionnement (Besnier), plutôt que comme un procédé de traitement du lupus vulgaire. Elles s'appliquent surtout, sinon uniquement, au lupus de la face, la localisation aux membres et au tronc ne réclamant pas une cicatrice à beaucoup près aussi parfaite.

La *cautérisation ignée* avait été déjà employée pour détruire extemporanément des tubercules lupiques plus ou moins volumineux, lorsque M. Besnier, en 1882, reprit l'étude de cette méthode et donna bientôt une technique à la fois perfectionnée et pratique des cautérisations ignées dans le lupus, et établit les indications de leur emploi. Au lieu de la méthode brutale qui consistait à cautériser en masse le lupus avec une figure volumineuse, comme le couteau du thermocautère Paquelin, produisant une cicatrice apparente et souvent vicieuse, il fit connaître l'emploi des figures de petites dimensions et surtout des pointes fines du galvano-cautère, grâce auxquelles la destruction porte isolément sur les tubercules lupiques, respectant la peau saine et laissant à sa suite des cicatrices peu étendues, non difformes, pourvu que l'instrument ait été manié avec la modération et la dextérité voulues.

La cautérisation par la méthode de M. Besnier peut s'exécuter avec une pointe fine de thermocautère, de préférence avec la pointe recourbée qu'em

ploient les oculistes ; mais le rayonnement considérable de l'instrument provoque la formation d'une eschare plus étendue que le point d'application, et c'est seulement à défaut du galvano-cautère qu'on doit recourir à l'instrument de Paquelin. (Voir pour l'instrumentation et le manuel opératoire de la cautérisation galvanique T. II, p. 218).

Nous rappellerons simplement ici que les figures du cautère ne doivent pas être portées au delà du rouge sombre : une température plus élevée risquant de faire fondre le cautère et surtout de provoquer des hémorrhagies. Néanmoins, même avec le cautère au rouge sombre, on peut avoir des hémorrhagies en nappe, généralement peu abondantes, lorsqu'on cautérise des lupus mous et fongueux et surtout lorsque le malade fait un effort violent et se livre à des mouvements désordonnés. Aussi doit-on toujours avoir sous la main quelques tampons d'ouate hydrophile sèche pour arrêter cet écoulement sanguin.

Les précautions antiseptiques sont moins nécessaires pour les cautérisations ignées que pour les scarifications : néanmoins il est bon de faire tomber les croûtes au moyen d'une curette et de recouvrir pendant quelques minutes la surface ulcérée d'un tampon d'ouate imprégnée de liqueur de van Swieten et, même dans les lupus non ulcérés, de laver la peau comme pour les scarifications : si la cautérisation détruit les agents pyogènes existant à la surface de la peau, la chute des eschares laisse des pertes de substance que les parties voisines pourront infecter, et il y a tout avantage à les rendre aussi aseptiques que possible.

Le malade étant couché comme pour les scarifi-

cations, l'opérateur attaque avec la pointe du cautère les nodules lupiques, en évitant de faire une perte de substance large qui laisserait une cicatrice étendue, déprimée ou vicieuse. Lorsque les tubercules sont confluents, on devra toujours laisser un intervalle de un demi-millimètre au moins entre les bords des cautérisations : les ponts épidermiques ainsi ménagés constituent de petites greffes en miniature (Besnier) qui favorisent la cicatrisation. Lorsque les tubercules lupiques ulcérés forment une surface étendue et bourgeonnante, sans mélange de tissus sains, il n'y a aucun inconvénient à les détruire en totalité, soit par des ponctions répétées avec une pointe unique, soit plus rapidement avec une grille plus ou moins large. Les grilles retrouvent encore leur emploi sur le bord des placards lupiques, sur lesquels on peut les promener perpendiculairement à ce bord sur une étendue de un centimètre environ, et dépasser un peu le bord, dans le but d'atteindre les tubercules lupiques en voie de développement.

La profondeur à laquelle on doit pénétrer est indiquée par la résistance du derme normal : cette résistance est parfaitement perçue, malgré ce que l'on pourrait croire au premier abord, à la condition cependant de manier l'instrument avec une certaine légèreté. Si on ne se laissait pas guider par elle, on risquerait de traverser la peau et d'atteindre le tissu cellulaire sous-cutané, dans lequel la pointe s'enfonce sans la moindre résistance, et de provoquer des cicatrices très vicieuses.

La cautérisation ponctuée provoque certainement une douleur plus vive que la scarification ; cette douleur est cependant supportable, elle est suivie

d'une sensation d'ardeur qui se prolonge pendant quelques minutes seulement; elle n'est pas suffisante pour justifier l'anesthésie générale, d'autant que les séances de cautérisation doivent être répétées un nombre assez considérable de fois et qu'on ne peut s'exposer aussi fréquemment aux accidents de la chloroformisation (Besnier). Nous croyons cependant, et nous avons mis ce précepte plus d'une fois en pratique, qu'il est parfois légitime et nécessaire d'anesthésier les sujets pusillanimes atteints de lésions lupiques étendues ; on peut ainsi, en une seule séance, pratiquer des cautérisations nombreuses, suffisamment profondes, que l'on aurait à grand'peine réussi à faire tolérer en un grand nombre de séances successives ; mais cette pratique n'est que l'exception et doit être réservée à des cas bien définis.

L'anesthésie locale, contrairement à ce que nous avons dit plus haut à propos des scarifications, peut être un utile auxiliaire de la cautérisation ; inapplicable dans les cas de lupus de la face, elle peut être employée dans des lupus des extrémités avec productions papillomateuses, dont le relief indique la place exacte des lésions alors même que celles-ci sont congelées : c'est au chlorure de méthyle appliqué au moyen de pinceaux de charpie qu'on aura recours pour la produire. Il faut bien savoir que, si l'anesthésie facilite l'opération et permet de la pratiquer sans douleur, la réapparition de la sensibilité est suivie de douleurs extrêmement violentes, persistant pendant plusieurs heures.

Les surfaces cautérisées doivent être, comme les surfaces scarifiées, recouvertes d'un pansement humide et antiseptique : pendant les premières heures,

ce pansement est de beaucoup préférable aux emplâtres, qui sont soulevés et décollés par l'exsudation séreuse consécutive à la cautérisation : force est cependant de tolérer ceux-ci pour les malades qui doivent se rendre chez eux en quittant le médecin ; mais ils devront être remplacés le plus tôt possible par un pansement humide continué jusqu'à cicatrisation complète. Lorsque l'inflammation provoquée par les cautérisations est vive, on la peut calmer par des cataplasmes de fécule de pommes de terre préparés à l'eau boriquée, appliqués pendant la nuit.

La cicatrisation doit être surveillée de près : les bourgeons charnus exubérants seront cautérisés au nitrate d'argent tous les jours ou tous les deux jours, à partir du troisième jour.

Grâce à ces soins, la cicatrisation est complète et régulière dans l'espace de cinq à six jours, si la cautérisation n'a porté que sur des tubercules isolés, un peu plus tardivement si elle a détruit des tubercules conglomérés. En règle générale, on peut faire une nouvelle séance de cautérisation au bout d'une semaine.

Après quelques séances de cautérisation, une surface couverte de tubercules confluents est transformée en une cicatrice parsemée de nodules disséminés et peu volumineux. Mais bientôt les progrès deviennent plus lents, moins appréciables. Avec de la persévérance, on parvient néanmoins à obtenir, dans un temps qui varie suivant l'étendue des lésions et qui dépasse toujours plusieurs semaines, souvent même plusieurs mois, une cicatrice uniforme dans laquelle on ne constate plus la présence de tubercules lupiques. Ce n'est pas à dire que la maladie soit guérie définitivement; comme avec tous les procédés de

traitement, la cicatrice sera ultérieurement le siège de récidives, qu'on devra combattre aussi près que possible de leur début.

Cette cicatrice, et c'est là un point essentiel, varie beaucoup d'aspect suivant l'habileté avec laquelle le traitement a été fait ; mais on peut dire qu'avec une attention suffisante, tout médecin qui a quelque habitude du galvanocautère obtient une cicatrice régulière, qui, en quelques mois, devient aussi lisse et aussi souple que celle produite par les scarifications, à la condition que la réparation des surfaces cautérisées ait été surveillée attentivement. S'il nous fallait choisir une méthode exclusive de traitement du lupus, c'est incontestablement la cautérisation ignée que nous adopterions.

Il est des cas cependant où, après un certain nombre de séances de cautérisations, le processus de guérison semble se ralentir ; on ne constate plus de tendance à l'amélioration. Il convient alors d'associer les scarifications à l'emploi du galvano-cautère, ou de remplacer pendant quelques semaines ce dernier par des séances de scarifications, quitte à revenir ultérieurement à la cautérisation : de la sorte, on active la guérison et on la mène bien plus rapidement que si l'on s'était borné à la mise en œuvre d'un traitement uniforme ; mais il ne faut recourir à cette méthode mixte, dont M. Brocq a fait voir toute la valeur, que si les tubercules lupiques sont déjà peu nombreux et, par conséquent, les chances d'infection sanguine réduites au minimum.

Parfois aussi, mais plus rarement, on associera le curetage aux cautérisations : c'est lorsqu'on voit des tubercules de petit volume persister indéfiniment aux mêmes points et qu'on est amené à se demander si

ces taches minimes ne correspondent pas à des tubercules poussant des prolongements profonds que la cicatrice dissimule et que le cautère ne peut atteindre; en pareil cas, la curette fine de M. Dubreuilh permet d'aller à la recherche de ces petites fusées lupiques et de les extirper.

L'*électrolyse* a été appliquée au traitement du lupus vulgaire par plusieurs dermatologistes étrangers, notamment Gartner, Lustgarten, Hardaway, G.-T. Jackson (1), Bowen (2). La plupart de ces auteurs recommandent d'introduire dans les tubercules lupiques des aiguilles ou de placer sur les taches lupiques une électrode métallique, de les relier au pôle négatif d'une pile à laquelle on fait fournir un courant de 5 à 10 milliampères et de faire passer ce courant pendant cinq à dix minutes. Lorsqu'on emploie les plaques, l'action de l'électricité respecte les parties saines de la peau. On aurait ainsi de fort belles cicatrices, moins sujettes aux récidives que celles obtenues par les autres méthodes. Dans les quelques essais de ce genre que nous avons tentés, l'opération ne nous a pas paru aussi peu douloureuse que le déclarent quelques-uns de ses partisans; la longueur des séances a bientôt rebuté la patience des malades, qui ont demandé à revenir aux traitements antérieurs. Nous ne saurions donc formuler sur cette méthode une opinion personnelle; mais, jusqu'à nouvel ordre, nous ne pouvons la recommander.

Nous avons déjà signalé, chemin faisant, quelques unes des raisons qui doivent faire préférer dans certains cas telle intervention à telle autre. Il nous

(1) JACKSON. *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1890, p. 416.

(2) BOWEN. *Boston med. and surg. Journ.*, 28 juillet 1892.

reste à résumer, suivant les régions et les formes du lupus, les indications thérapeutiques, et à indiquer quelques règles spéciales à certaines régions.

Indications du traitement du lupus vulgaire suivant les régions et les formes cliniques. — A la face, où les précautions antiseptiques sont plus nécessaires que partout ailleurs, les applications de caustiques sont contre-indiquées par la nécessité d'obtenir toujours des cicatrices régulières et de bel aspect : on n'y aura recours, dans des cas exceptionnels, que pour commencer le traitement chez des sujets rebelles et insubordonnés ; pour la même raison, le raclage sera presque interdit. On pratiquera de préférence la cautérisation ignée, réservant les scarifications pour améliorer, si besoin est, l'aspect des cicatrices, ou les alternant avec les cautérisations lorsque la guérison est déjà avancée et que l'effet de ces dernières semble s'épuiser.

Lorsque le lupus est constitué par une tache peu étendue, occupant presque toujours la joue (lupus central de la joue de M. Besnier), il y a avantage à le détruire en une seule séance de cautérisations ignées, peut-être même à l'extirper complètement avec une curette : on gagnera ainsi beaucoup de temps, et la petite cicatrice pourra facilement être améliorée plus tard par les scarifications.

Le lupus du nez se confond au point de vue thérapeutique avec le lupus du reste de la face. Il faut cependant remarquer que, en raison des lésions concomitantes de la muqueuse nasale et des sécrétions de celle-ci, l'asepsie des surfaces scarifiées ou cautérisées exige plus de soin encore que dans les autres régions. En outre, les cicatrices consécutives aux lésions lupiques de l'orifice nasal ont une grande tendance à se rétracter et parviennent à oblitérer celui-ci

si on n'a soin de le dilater au moment opportun avec des tiges de laminaire aseptisées.

Le lupus des paupières, soit primitivement développé dans cette région, soit consécutif à l'extension d'un lupus de la joue, demande une attention particulière : les scarifications sont plus délicates à exécuter à leur niveau que dans les autres régions de la face ; en raison de la laxité du tissu cellulaire et de la facilité qu'il a à s'infiltrer à la suite des cautérisations, quelques auteurs recommandent de ne jamais recourir à ce procédé, proscription qui semble excessive ; mais il faut bien reconnaître qu'elles ne sont applicables que chez les sujets dociles et que toute fausse manœuvre en cette région délicate peut produire des accidents sérieux. Lorsque le lupus ne peut être arrêté dans sa marche extensive et qu'il approche du bord libre des paupières, une indication spéciale se présente, celle de la blépharorrhaphie : cette opération, dont l'utilité a été, croyons-nous, mise en lumière par Lailler, permet seule d'éviter l'envahissement de la muqueuse palpébrale et du globe de l'œil ; lorsque, au bout de plusieurs mois, on rétablit l'ouverture palpébrale, on constate que le lupus, limitant ses lésions au tégument, a passé par-dessus la ligne d'adossement des deux paupières sans atteindre les parties profondes et, si on a eu soin d'attendre que cette ligne soit envahie dans toute son étendue, on est assuré que le lupus respectera totalement la conjonctive.

Une autoplastie sera souvent nécessitée par l'ectropion consécutif à un lupus de la paupière.

Au cuir chevelu, rarement atteint d'ailleurs par le lupus vulgaire, contrairement à ce qui a lieu pour le lupus érythémateux, le traitement ne réclame pas les

..

mêmes ménagements qu'à la face : les régions envahies sont condamnées à une alopécie permanente, que les malades devront pallier par des postiches ; on peut donc agir énergiquement par des cautérisations ignées, parfois par le grattage, plus rarement par les caustiques chimiques, qui ont l'inconvénient d'être trop douloureux.

Le lupus de l'oreille n'offre pas d'indications particulières : dans les lupus myxomateux, hypertrophiques, forme assez fréquemment observée au niveau du lobule, on aura avantage à faire des cautérisations ignées profondes qui en réduiront rapidement le volume ; les lésions sont rarement assez circonscrites pour justifier leur ablation au bistouri.

Au tronc et aux membres, tous les modes de traitement sont applicables ; dans certains cas de lupus bien limités et peu étendus, on aura le choix entre l'ablation, la rugination, la cautérisation chimique ou ignée ; le plus souvent les lésions sont trop étendues pour pouvoir être enlevées au bistouri. C'est dans ces localisations que le raclage présente ses indications les plus formelles, et c'est par lui que nous commençons presque toujours le traitement. Lorsque les tubercules lupiques récidivent dans les cicatrices, on les attaque soit par les caustiques liquides, soit de préférence par les cautérisations ignées que l'on peut mener avec plus de vigueur qu'à la face ; il est exceptionnel que l'on ait besoin de recourir aux scarifications. Dans les formes papillomateuses, c'est surtout aux cautérisations ignées qu'on aura recours. Les formes éléphantiasiques du lupus des membres sont encore justiciables des moyens précédents ; l'antisepsie empêchera souvent la reproduction des accès de lymphangite streptococcique qui

jouent un si grand rôle dans la production de l'éléphantiasis, et la compression aidera parfois, quoiqu'il n'y faille pas trop compter, à réduire le volume du membre.

Lupus érythémateux

Exposé clinique et étiologique. — Le lupus érythémateux, très distinct cliniquement du lupus vulgaire ou lupus tuberculeux, est caractérisé par des lésions d'aspect très variable dans la constitution desquelles interviennent deux éléments : un élément congestif ou vasculaire et un élément glandulaire.

L'élément vasculaire se traduit par la présence de taches rouges, d'intensité variable, persistantes, se modifiant peu par la pression, mais influencées par la digestion et par la menstruation; ces taches, de forme généralement arrondie, parfois assez prurigineuses, constituent la première manifestation de l'affection et peuvent exister seules pendant une assez longue période de temps.

Mais, le plus souvent, les glandes sébacées prennent part au processus : sur les taches rouges se développent des squames grisâtres ou blanchâtres, rendues adhérentes à la peau par les prolongements qu'elles poussent dans les glandes sébacées, prolongements que l'on peut voir à leur face profonde après les avoir détachées. L'épaisseur des squames varie beaucoup suivant les cas : tantôt minces, formant une sorte de vernis à la surface de la peau, tantôt épaisses, irrégulières, d'apparence et de consistance crétacées. Elles ne recouvrent que la partie centrale des lésions, qui sont bordées à leur périphérie par une zone rouge plus ou moins accusée et légèrement saillante.

Les lésions du lupus érythémateux ne se bornent pas à la présence de taches rouges surmontées ou non de squames : les cellules embryonnaires qui infiltrent, à son niveau, le derme dans une profondeur plus ou moins considérable subissent les dégénérescences colloïde et granulo-graisseuse, prélude de leur disparition, et les troubles que leur présence détermine dans la vitalité des éléments constitutifs du derme aboutissent à l'atrophie du tégument : la partie centrale des disques érythémateux est déprimée, de consistance fibreuse, d'apparence cicatricielle.

Le mélange en proportions variables de ces diverses lésions donne lieu à des formes cliniques nombreuses, qui font du lupus érythémateux une dermatose des plus polymorphes et qui ont reçu des dénominations nombreuses : érythème centrifuge, lupus érythémateux pur, lupus érythémato-folliculaire, lupus acnéique, lupus érythémateux psoriasiforme, lupus érythémateux crétacé, etc.

La marche de la maladie est le plus souvent lente et chronique ; les disques primitifs s'étendent excentriquement, en même temps que de nouvelles lésions se montrent au voisinage des premières, auxquelles elles se réunissent, ou dans d'autres régions : occupant le plus ordinairement le visage, principalement la face dorsale du nez et les parties adjacentes des joues sur lesquelles elles se développent à la manière des ailes d'un papillon, ou la région préauriculaire, les lésions du lupus érythémateux ont une grande tendance à s'y montrer symétriques. Le pavillon des oreilles, le cuir chevelu où il se traduit par la présence de taches rouges et squameuses dépourvues de poils, les mains, où son aspect rappelle souvent

celui des engelures, sont encore ses lieux de prédilection.

Parfois, au lieu de sa marche habituelle, lentement progressive et envahissante, il se développe avec une grande rapidité : débutant à la manière d'une dermatose aigüe (lupus érythémateux exanthématique), s'accompagnant de fièvre parfois intense, de phénomènes généraux graves, de douleurs articulaires et musculaires, il envahit d'emblée de grandes étendues de la surface cutanée, se traduit par le développement de taches rouge vif, arrondies, persistant en cet état pendant un temps variable, pour aboutir à la formation de taches atrophiques, d'aspect cicatriciel et permanentes.

Entre ces divers aspects cliniques, on peut observer tous les intermédiaires, et la longue série de ceux-ci établit leur parenté réciproque et l'unité de la maladie.

La nature du lupus érythémateux est encore aujourd'hui l'objet de discussions entre les dermatologistes : tandis que les uns en font une affection *sui generis*, spécifique, mais de nature inconnue, définie seulement par ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques, les autres en font une manifestation tuberculeuse. La première opinion est celle de l'Ecole de Vienne et est défendue en France par M. Leloir. La seconde, soutenue avec son talent habituel par M. Besnier, est adoptée par la plupart des dermatologistes français, et les arguments d'ordre clinique invoqués en sa faveur paraissent indiscutables.

Ces arguments, identiques ou à peu près à ceux sur lesquels se base la doctrine aujourd'hui indiscutée de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, sont : la fréquence des manifestations viscérales tu-

berculeuses chez les sujets atteints de lupus érythémateux, la fréquence des antécédents tuberculeux dans l'hérédité de ces mêmes sujets, la coexistence du lupus érythémateux avec des lésions cutanées de nature manifestement tuberculeuse et en particulier avec le lupus vulgaire, si bien qu'il est des formes mixtes dans lesquelles on voit les deux lésions s'associer ou se succéder en un même point du tégument. On oppose à ces arguments cliniques l'absence, dans le lupus érythémateux, des lésions histologiques considérées comme pathognomoniques de la tuberculose, l'absence du bacille de Koch et les résultats négatifs des inoculations de ces lésions aux animaux. Ces derniers arguments ne sont pas aussi péremptoires qu'ils le paraissent : comme le fait remarquer M. Besnier, dans les discussions qui, il y a 12 ans à peine, s'élevaient encore sur la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, les arguments opposés à cette doctrine étaient identiquement les mêmes, et les progrès réalisés dans la connaissance de la tuberculose, dans la recherche de son bacille, dans les inoculations expérimentales, ont retourné tous ces arguments contre leurs auteurs ; la formule anatomo-pathologique de la tuberculose peut varier, la technique expérimentale peut encore se perfectionner, les divers états du bacille de Koch ne sont peut-être pas encore tous connus ou démontrables ; peut-être aussi le bacille tuberculeux n'intervient-il pas dans la production du lupus érythémateux par lui-même, mais par les substances toxiques qu'il élabore. Il serait donc imprudent de baser exclusivement sur les recherches de laboratoire l'opposition à une doctrine dont la clinique donne la démonstration quotidienne.

Traitement. — Les relations très probables, sinon

actuellement démontrées pour tous, du lupus érythémateux avec l'infection tuberculeuse conduisent à prescrire dans cette affection un *traitement général* reconstituant : l'huile de foie de morue, les préparations arsenicales, les préparations iodurées (sirop d'iodure de fer, sirop iodo-tannique, sirop antiscorbutique) sont particulièrement indiquées. M. Besnier prescrit volontiers, en pareil cas, l'iodoforme sous forme de pilules renfermant 10 centigrammes de cette substance, de façon à en donner chaque jour, suivant la tolérance du malade, de 60 centigrammes à 1 gramme et au delà.

Bulkley (1) a vanté récemment le phosphore dans le traitement du lupus érythémateux.

M. Brocq (2) a employé un mélange d'une partie d'huile phosphorée au millième et de 9 parties d'huile de foie de morue, qu'il donne à la dose de 1 à 4 cuillerées à café par jour.

Les malades doivent être, en outre, soumis à une hygiène générale et à un régime alimentaire convenables.

L'importance de l'élément congestif dans le lupus érythémateux a conduit à prescrire toute la série des médicaments vaso-moteurs : quinine, belladone, ergotine, hamamelis virginica; mais leurs effets sont le plus souvent peu appréciables.

Les troubles digestifs, qui exagèrent la congestion faciale et contribuent pour une part à l'aggravation des lésions du lupus érythémateux, seront recherchés et traités par une médication appropriée : la constipation, en particulier, devra être évitée avec soin. De même, chez la femme, les troubles utérins

(1) *American Journal of the medic. Sciences*, avril 1893.
(2) *Société de Dermatologie*, novembre 1893.

seront l'objet d'une surveillance attentive et fourniront des indications thérapeutiques particulières.

Le traitement général, malgré son importance, n'est cependant qu'une partie du traitement du lupus érythémateux : il peut modérer l'extension des lésions, diminuer leur intensité ; il ne saurait à lui seul les guérir et ses effets seraient en somme fort restreints si on ne recourait au traitement local.

Le *traitement local*, quels que soient ses agents, est toujours lent, et demande de la part du malade et de la part du médecin une grande persévérance.

Il est facile de faire tomber les squames qui recouvrent les placards de lupus érythémateux : les applications d'emplâtres, en ramollissant les concrétions épidermiques, facilitent leur exfoliation et leur chute spontanée ou par le raclage avec une curette ; dans ce but on peut employer soit l'emplâtre de Vigo, soit l'emplâtre de Vidal, soit, mieux encore lorsqu'il est supporté, un emplâtre salicylé à 5 ou 10 0/0.

Le savon noir peut encore être employé : une couche de savon noir purifié est étendue sur un morceau de toile ou de flanelle, de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, un peu plus large que les plaques à recouvrir ; on l'applique le soir sur les surfaces malades ; le lendemain on enlève le savon au moyen d'eau chaude et on poudre à l'amidon ; lorsque le malade peut le faire, il est préférable de renouveler les applications matin et soir : on active alors singulièrement le traitement ; mais ces applications ont l'inconvénient de provoquer une irritation parfois assez intense, qui oblige à les suspendre au moins passagèrement et qui doit être calmée par des topiques émollients : cataplasmes de fécule de pommes de terre, poudre d'amidon, pommade à l'oxyde de zinc, additionnée ou

non d'acide salicylique ; cette irritation est, chez certains sujets, assez vive pour faire rejeter l'usage du savon noir.

La chute des squames obtenue par ces moyens n'est souvent que temporaire, et il faut y revenir à plusieurs reprises dès qu'elles se reforment. D'ailleurs, lorsque les squames sont peu épaisses, elles ne s'opposent pas à l'application des autres topiques, ou tout au moins suffit-il de les enlever au moyen d'une curette pour faciliter l'action de ces derniers.

Les topiques les plus variés ont été proposés contre le lupus érythémateux, les uns à titre de résolutifs, les autres à titres d'agents caustiques ou d'agents réducteurs.

Les résolutifs les plus employés sont les préparations mercurielles et les préparations iodurées. Le mercure peut être prescrit sous la forme de pommades au calomel au 30e, au biiodure au 200e (Lailler), ou sous la forme d'emplâtre de Vigo qui, lorsqu'il est supporté, est un des modes de traitement les plus recommandables. Les préparations iodurées (pommades à l'iodure de potassium, à l'iodure de plomb, etc.) et iodées (teinture d'iode, solution d'iode caustique de Hardy) sont moins actives et ne méritent guère de confiance. Les applications de savon noir, suivant le procédé indiqué plus haut, ont été vantées par Vidal et par M. Brocq : les applications sont répétées jusqu'à ce que l'irritation soit suffisante, puis celle-ci est calmée au moyen des corps gras, et, lorsqu'elle a cessé, on revient à l'emplâtre de savon.

Les divers agents réducteurs ont été employés également dans cette affection : la résorcine en pommade à 5 ou à 10 0/0, l'acide pyrogallique en pommade à 5 ou à 6 0/0, en solution éthérée à 25 0/0

qu'on laisse évaporer pour recouvrir de traumaticine la couche d'acide pyrogallique déposée à la surface de la peau, ou en emplâtres à 10 0/0 additionnés d'acide salicylique, etc. L'action de ces substances nous a rarement paru favorable; elles sont souvent très irritantes, produisent facilement des ulcérations auxquelles succèdent des cicatrices irrégulières, qu'on doit redouter à la face; leur maniement exige une extrême prudence et une surveillance attentive, et la rapidité de leur action dans quelques cas est trop souvent chèrement achetée.

Divers acides peuvent être employés comme caustiques : acide lactique, acide acétique cristallisable, acide azotique, acide phénique; celui qui semble le plus recommandable est l'acide lactique; il a cependant l'inconvénient d'être assez douloureux, surtout lorsque son application est immédiatement précédée d'une rugination des surfaces malades; la douleur se prolonge pendant plusieurs heures. Il convient de ne pas l'appliquer dans une même séance sur des surfaces trop étendues et, si la douleur provoquée par le badigeonnage est trop intense, on l'additionnera d'un quart, d'un tiers ou même de moitié d'eau : les effets seront moins rapides, mais il sera possible de répéter plus fréquemment les applications. L'eschare provoquée par cet agent est superficielle, se détache rapidement, et sur les surfaces touchées les squames se reproduisent moins épaisses, en même temps que la rougeur s'éteint peu à peu. Il n'en est pas moins vrai que les badigeonnages doivent être répétés pendant plusieurs semaines.

Le nitrate d'argent ne peut guère être employé comme caustique sur des surfaces recouvertes d'une couche épidermique qu'il ne pénétrerait pas : il ne

peut agir qu'à la condition d'avoir décapé préalablement les placards lupiques et encore est-il inférieur aux acides caustiques; il retrouve son emploi à la suite des cautérisations ignées, mais plutôt pour régulariser la cicatrisation que pour détruire profondément les tissus lupiques.

Le chlorure de zinc pur ou en solution au 5° ou au 10° est peu actif contre le lupus érythémateux et a l'inconvénient de laisser des cicatrices irrégulières. Les caustiques arsenicaux n'ont pas d'avantages notables, et les dangers d'intoxication les ont fait abandonner complètement dans une affection où ils peuvent être remplacés avec profit.

Les scarifications linéaires occupent une place importante dans le traitement du lupus érythémateux, plus importante peut-être que dans celui du lupus vulgaire : d'une part, elles agissent efficacement sur les lésions vasculaires et congestives qui jouent un si grand rôle dans la symptomatologie de cette affection; d'autre part elles ne semblent pas, comme dans le lupus vulgaire, ouvrir la porte à l'infection sanguine par le bacille tuberculeux (Besnier). Mais il ne faut pas s'attendre à obtenir d'elles une amélioration à beaucoup près aussi rapide que dans le lupus vulgaire; les résultats qu'elles fournissent sont plutôt à comparer à ceux qu'elles donnent dans les télangiectasies, où un grand nombre de séances sont nécessaires pour voir la coloration du tégument s'atténuer. C'est seulement après des séances répétées de scarifications qu'on verra le lupus érythémateux devenir moins apparent, et c'est avec une grande lenteur que les progrès s'accentueront : il est indispensable d'en prévenir dès l'abord le patient.

La pratique des scarifications dans le lupus érythé-

mateux demande plus de soins encore que dans le lupus vulgaire, et, tout en s'exécutant suivant les mêmes règles opératoires, — et bien entendu avec les mêmes précautions aseptiques et antiseptiques, — doit s'inspirer des deux principes suivants : dépasser en largeur de quelques millimètres la bordure des lésions, de façon à atteindre les vaisseaux dont les altérations sont encore purement microscopiques, en ayant soin de ne pas dépasser en profondeur la couche des tissus malades, et rapprocher le plus possible les incisions les unes des autres, afin d'atteindre le plus grand nombre possible de vaisseaux.

Vidal recommandait de laver à la liqueur de van Swieten la surface du lupus érythémateux après les scarifications : c'est là pour nous une règle absolue, quelle que soit la nature de la maladie pour laquelle on a recouru à ce mode de traitement, et dans le cas actuel on peut sans doute espérer, outre l'action antiseptique, une action spéciale et utile du mercure sur les lésions.

Le pansement des surfaces scarifiées doit se faire pendant 24 ou 36 heures avec des compresses ou une couche d'ouate imbibées de solution de sublimé à 1 pour 2000 ou pour 3000 ; au bout de ce temps et jusqu'à cicatrisation complète, on peut les recouvrir d'emplâtre de Vigo toutes les fois qu'il sera supporté.

Les scarifications ne sont pas seulement indiquées pendant la période d'activité du lupus érythémateux : une fois les lésions guéries et parvenues à la période d'atrophie cicatricielle, elles peuvent encore servir à améliorer les cicatrices, à les régulariser et à les aplanir et, pour M. Besnier, cette indication est au moins aussi nette que celle qui résulte de l'existence du lupus en activité.

Les cautérisations au thermocautère ou mieux au galvano-cautère sont également un moyen de traitement très utile dans le lupus érythémateux et dont M. Besnier a fait ressortir toute la valeur : elles agissent plus rapidement que les scarifications, détruisent plus efficacement les vaisseaux altérés et l'infiltration qui les entoure. Lorsqu'elles sont faites avec soin, sans dépasser la limite inférieure des tissus malades, elles donnent des cicatrices presque aussi belles que les scarifications. Il est certain cependant qu'elles doivent céder le pas à ces dernières lorsque les lésions sont d'aspect purement congestif, lorsqu'il n'y a pas d'infiltration dermique appréciable. La cautérisation doit porter principalement sur la périphérie des plaques, dépasser quelque peu leur bord si l'on veut obtenir le maximum d'effet utile ; à la partie centrale des plaques, on touchera avec la pointe ignée toutes les surfaces rouges, en respectant les zones cicatricielles dont la cautérisation ne ferait qu'exagérer la dépression sans aucun avantage.

De même que pour le lupus vulgaire, il y a avantage à varier et à alterner les traitements employés contre le lupus érythémateux ; fréquemment une méthode de traitement ou un médicament perd au bout d'un certain temps tout ou partie de son efficacité, pour la reconquérir après une cessation plus ou moins prolongée. Il ne faut néanmoins pas modifier trop fréquemment les procédés thérapeutiques et les abandonner avant d'avoir eu le temps d'en apprécier les effets ; les sujets atteints de cette maladie, longue, d'une curation laborieuse, ont déjà trop de tendance à chercher dans le changement de traitement une amélioration ou une guérison qu'ils n'ont pas la

patience de demander à une thérapeutique réglee et rationnelle.

Il faut savoir aussi qu'il est des lupus érythémateux très irritables, que les modes de traitement précédents exaspèrent en provoquant des poussées nouvelles; en face de cas pareils, on devra immédiatement cesser les applications irritantes, recourir pour un certain temps aux émollients, quitte à revenir à un traitement plus actif lorsque l'irritation sera calmée et la poussée nouvelle arrêtée, et on aura encore soin alors de graduer prudemment la progression des agents auxquels on aura recours.

Indications du traitement local suivant les formes cliniques. — Les formes du lupus érythémateux sont trop variées, leurs aspects cliniques trop différents pour qu'on puisse penser à leur appliquer indistinctement les méthodes précédentes.

Aux formes purement congestives ou avec sécrétions épidermiques très peu développées, conviennent les applications d'emplâtres résolutifs et les scarifications; les cicatrices qui leur succèdent sont si superficielles, si peu apparentes, que les caustiques ne sauraient leur être appliqués sous peine d'exagérer celles-ci.

Lorsque la congestion s'accompagne d'infiltration accusée des téguments, les caustiques et les cautérisations ignées ont l'avantage de détruire rapidement les tissus infiltrés, et on ne peut plus leur reprocher de provoquer des cicatrices apparentes qui résultent de l'évolution naturelle de la maladie; les applications d'agents réducteurs seront également indiquées et pourront être alternées avec les cautérisations, ainsi que les scarifications qui régulariseront les surfaces cicatricielles.

Dans les formes s'accompagnant de la production de squames, on aura recours aux emplâtres de savon noir ou de Vigo, pour décaper les surfaces, parfois, dans les formes crétacées, au raclage, et, lorsque les placards seront mis en état, on emploiera les topiques précédents.

Sur les muqueuses, on recourra de préférence aux applications d'acide lactique.

Au cuir chevelu, après épilation de la bordure pour faciliter l'application des topiques, on emploiera de préférence l'emplâtre de Vigo et les badigeonnages à l'acide lactique.

Dans les cas rares de lupus exanthématique, la dissémination des lésions et leur peu de profondeur empêchent le plus souvent de recourir aux traitements locaux énergiques; les pommades boriquées ou à l'oxyde de zinc peuvent aider à modérer les phénomènes congestifs et inflammatoires; les enveloppements avec les compresses imbibées d'une solution de résorcine à 1 0/0 ou d'une solution d'ichthyol à 1 0/0 donnent parfois des résultats avantageux.

Tuberculose ulcéreuse.

Exposé clinique et étiologique. — Quoique les autres formes de tuberculose cutanée (lupus, gommes, etc.) puissent aboutir à la formation d'ulcérations, on réserve le nom de tuberculose ulcéreuse ou d'ulcérations tuberculeuses de la peau à une forme spéciale dont l'ulcération constitue l'évolution naturelle et constante et le caractère clinique principal.

Ces ulcérations, de forme irrégulière ou arrondie, à bords festonnés et polycycliques, décollés ou taillés à pic, présentent les plus grandes analogies avec les

ulcérations tuberculeuses de la langue : comme celles-ci, elles sont remarquables par la présence, soit sur leur fond, soit au voisinage de leurs bords, de petits points jaunes ou grisâtres arrondis, hémisphériques, tubercules miliaires typiques, parfois nombreux, plus souvent rares et disséminés. Leur marche est chronique, leur progression périphérique très lente. Elles siègent à peu près exclusivement au voisinage immédiat des orifices naturels : lèvres, nez, anus, vulve, méat urinaire, et semblent toujours consécutives à des lésions tuberculeuses des organes sus-jacents ou des muqueuses profondes et coïncident presque toujours avec les localisations pulmonaires de même nature.

Traitement. — Le traitement général est commandé par les lésions viscérales dont les sujets sont porteurs.

Quant au *traitement local*, il doit à la fois calmer les douleurs parfois assez vives dont s'accompagnent les ulcérations et amener la réparation de celles-ci.

La douleur sera combattue par des topiques calmants : pommades additionnées de composés opiacés et belladonés, de cocaïne; les pansements à l'iodoforme (poudre, pommade iodoformée au 20e) jouissent, outre leur action réparatrice sur le processus tuberculeux, de propriétés anesthésiantes qui doivent leur faire donner la préférence dans ces cas.

Lorsque ce topique n'amène pas à lui seul la cicatrisation de l'ulcère et que l'état général du sujet semblera lui permettre une survie suffisante pour qu'il y ait intérêt à guérir l'ulcération, on recourra aux cautérisations à l'acide lactique, très efficace dans ces lésions comme dans la tuberculose des mu-

queuses, à l'extirpation au bistouri (Hartmann) (1), à la rugination suivie d'une cautérisation au chlorure de zinc ou plus simplement à la cautérisation ignée suivie de pansements antiseptiques, en ayant soin de diriger la cicatrisation de l'ulcération devenue une plaie simple et d'empêcher sa réinoculation par les produits d'expectoration ou les matières intestinales; l'iodoforme sera, à tous égards, le topique de choix pour le pansement de ces plaies.

Tuberculose verruqueuse ou papillomateuse.

Exposé clinique et étiologique. — Les lésions tuberculeuses de la peau revêtent parfois la forme papillomateuse : le lupus des membres et surtout des extrémités des membres s'accompagne fréquemment de développement exagéré des saillies papillaires. Certaines tuberculoses cutanées, parmi lesquelles il faut ranger la lésion connue depuis longtemps sous le nom de tubercule des anatomistes, sont caractérisées par le développement de petites pustules à la suite desquelles l'épiderme hyperplasié se transforme en une masse épaisse, irrégulière, d'aspect papillomateux ou verruqueux; les placards ainsi constitués ont une forme arrondie ou polycyclique, sont entourés d'une zone saillante rouge ou violacée, s'étendent progressivement par la périphérie, tandis que leur centre est souvent occupé par une cicatrice irrégulière, violacée, parfois semée de quelques ulcérations. Les productions épidermiques peuvent tomber spontanément ou être détachées accidentellement, et

(1) *Revue de chirurgie*, janvier 1894, p. 1.

laissent à leur place une surface irrégulière, mamelonnée, sur laquelle on constate parfois la présence de tubercules miliaires ou de nodules analogues à ceux du lupus.

L'affection a une marche lentement extensive. Elle se développe surtout aux extrémités, plus fréquemment à la main qu'au pied ; résultat d'une inoculation locale, elle s'observe presque uniquement chez des sujets qui ont été professionnellement ou accidentellement en contact avec des hommes ou des animaux tuberculeux vivants ou morts ; plus rarement elle est le résultat d'une auto-inoculation par les crachats chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire.

Elle peut être le point de départ d'une infection tuberculeuse ganglionnaire ou généralisée.

Traitement. — Le traitement de cette affection consiste essentiellement dans la rugination et dans la cautérisation ignée.

La rugination se pratique avec la curette de Volkmann, suivant le procédé décrit à propos du lupus (Voir page 156). La congélation au moyen de pulvérisations d'éther ou au moyen du chlorure de méthyle liquide suivant la méthode de Bailly, en donnant aux tissus malades une consistance ligneuse et uniforme, facilite beaucoup l'opération ; de plus, elle supprime la sensibilité, ce qui permet de la pratiquer avec toute la vigueur nécessaire sans que le malade se livre à des mouvements intempestifs ; il est vrai que le retour de la sensibilité est suivi d'une douleur extrêmement intense et assez persistante.

La rugination doit être assez profonde pour enlever toute l'épaisseur des tissus malades; on doit cependant veiller à respecter les tendons et leurs gaines;

l'extirpation doit porter sur toute l'étendue des placards et être pratiquée avec un soin particulier sur leurs bords.

La compression avec l'ouate suffit souvent à arrêter l'hémorrhagie qui lui succède; il est préférable cependant, à la fois pour empêcher cette hémorrhagie de devenir abondante et pour compléter la destruction des tissus tuberculeux, de faire suivre la rugination d'une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent ou une solution de chlorure de zinc au 10e; après quoi on appliquera une couche de gaze iodoformée ou salolée et un pansement ouaté suffisamment épais. La cicatrisation de la plaie sera surveillée, régularisée par des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent et on obtiendra aussi une cicatrice, souvent un peu mince, mais très suffisamment belle.

S'il survient des récidives dans la cicatrice, comme cela est très fréquent, on les attaquera à nouveau par le raclage ou par la cautérisation ignée.

Cette méthode a l'inconvénient d'exposer à l'infection sanguine tuberculeuse. Aussi la cautérisation ignée lui est-elle préférable.

Celle-ci se pratique avec les grilles galvano-caustiques de M. Besnier. (Voir T. II, page 217.)

La congélation avec le chlorure de méthyle rend les mêmes services que pour la rugination. Quoique cette substance soit beaucoup moins inflammable que l'éther, il faut avoir soin, après avoir obtenu la congélation du tégument, de chasser les vapeurs de chlorure de méthyle, qui pourraient prendre feu au contact du galvano-cautère et produire des brûlures étendues. La grille est ensuite promenée à la surface du papillome, en exerçant une pression suffisante

pour la faire pénétrer dans son tissu. Il est nécessaire de l'enfoncer assez profondément dans la peau pour détruire complètement les lésions et de dépasser en surface la portion papillomateuse pour cautériser le bord même du placard déjà infiltré de tubercules. Le pansement consécutif est le même que pour le lupus.

Il est rare qu'on obtienne en une seule séance de cautérisation la destruction complète d'un placard de tuberculose verruqueuse. Lorsque les lésions consécutives à la cautérisation seront réparées, on devra donc répéter l'opération jusqu'à ce que toute trace de la lésion initiale ait disparu.

Gommes scrofulo-tuberculeuses.

Exposé clinique et étiologique. — Les gommes scrofulo-tuberculeuses (1) sont constituées par des infiltrations ou nodosités au niveau desquelles la peau présente une coloration livide; arrondies au début, elles deviennent plus tard irrégulières par suite du développement de lésions semblables au voisinage des premières; d'abord de consistance dure, elles se ramollissent ultérieurement, puis s'ouvrent à l'extérieur, donnant issue à une sérosité jaunâtre mélangée de pus; elles laissent après elles une ulcération à fond bourgeonnant et blafard, à bords violacés et décollés, se prolongeant sous la peau en clapiers irréguliers; ces ulcérations, souvent peu étendues, s'élargissent parfois par envahissement de la peau adjacente, de façon à donner naissance à de larges

(1) E. Besnier. *Dictionnaire encycl. des Sc. médicales*, article Gommes.

pertes de substance irrégulières, superficielles, entourées d'une zone rougeâtre et livide également large

Le siège primitif des gommes est ordinairement le tissu cellulaire sous-cutané, rarement le derme lui-même, plus souvent les ganglions lymphatiques.

Elles peuvent se développer sur toutes les régions du corps, mais occupent de préférence la face et les régions sous-maxillaires.

Aux membres, il n'est pas rare de les voir se disposer en lignes verticales, dessinant le trajet des vaisseaux lymphatiques superficiels le long desquels elles ont pris naissance. Dans quelques cas, ces gommes angéioleucitiques se développent en grand nombre, s'accompagnent de lésions péri-lymphangitiques considérables; elles constituent alors une variété d'éléphantiasis remarquable par la présence de dilatations des vaisseaux lymphatiques, qui s'ouvrent en certains points de leur trajet pour donner écoulement à un liquide présentant les caractères de la lymphe (*Varices lymphatiques tuberculeuses*).

Les gommes scrofulo-tuberculeuses s'observent surtout chez les enfants; elles se rencontrent également chez l'adulte, soit comme première localisation tuberculeuse appréciable, soit à la suite d'autres lésions tuberculeuses de la peau ou dans le cours de tuberculoses viscérales. Leur nature tuberculeuse est démontrée par l'examen histologique (Brissaud et Josias) et par les résultats de leur inoculation aux animaux (Letulle, Pellizzari, etc.).

Traitement. — Le traitement général à instituer chez les sujets atteints de gommes scrofulo-tuberculeuses est celui de la scrofule en général : nous l'avons déjà résumé à propos du lupus.

Le traitement local varie suivant que les gommes sont ramollies ou non.

Avant la période de ramollissement, on peut essayer, par des badigeonnages à la teinture d'iode, des applications d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre à la résorcine et à la créosote, d'obtenir leur résolution ; il nous paraît plus rationnel de recourir à l'extirpation par le bistouri, toutes les fois que cela est possible, ou, lorsque les gommes sont superficielles, de les détruire par la cautérisation ignée.

Quand les gommes sont ramollies et non ulcérées, on devra les ouvrir et les traiter comme les gommes ulcérées.

Dans ce dernier cas, après avoir désinfecté l'ulcération par des pansements au sublimé, on pourra recourir au raclage pour extirper les bourgeons charnus exubérants, ou même gratter toute la cavité de la gomme, puis la cautériser au chlorure de zinc et panser à l'iodoforme. Plus souvent, lorsque l'ulcération est de petites dimensions, les cautérisations suffisent, soit la cautérisation ignée, soit les caustiques chimiques.

Le chlorure de zinc est particulièrement utile dans ces cas : il peut être employé en solution à moitié ou au cinquième lorsque l'ulcération présente des décollements et des clapiers; les flèches de pâte de Canquoin, dont Lailler a préconisé l'emploi, permettent de détruire la peau qui les recouvre, et de transformer une ulcération irrégulière en une plaie ouverte dont le traitement est beaucoup plus facile et la cicatrice beaucoup plus régulière. Les cautérisations au nitrate d'argent et au crayon de zinc, suivant la méthode employée par M. Besnier, seront très utiles pour atteindre les parties

profondes et pour diriger la réparation de la peau.

Les badigeonnages au naphthol camphré, les pansements à l'iodoforme, au salol, à l'aristol, au dermatol seront encore utilisés dans le traitement de de ces lésions.

L'emploi persévérant et intelligent de ces moyens de traitement permet presque toujours, à moins que l'état général des sujets ne soit très compromis, d'obtenir une cicatrisation régulière, déformant à peine la région malade, alors même que les lésions initiales très étendues ne pouvaient en donner l'espérance. Si, malgré ces soins, la cicatrice était un peu vicieuse, l'incision ou la cautérisation ignée des prolongements cutanés et plus tard la scarification des brides chéloïdiennes l'amélioreraient encore.

Ces traitements sont également applicables aux cas de lymphangite gommeuse avec lymphangiectasies et lymphorrhée, dans lesquels on recourra de préférence à l'emploi des cautérisations énergiques avec le galvano-cautère et le chlorure de zinc.

Lichen scrofulosorum.

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom de lichen scrofulosorum (Hebra) à une affection caractérisée par le développement de papules de petites dimensions, d'un jaune pâle ou d'un rouge brunâtre, souvent recouvertes d'une squame, se réunissant en groupes plus ou moins nettement arrondis et disséminés sur la peau saine. Les lésions occupent presque toujours le tronc. Elles ont tendance à disparaître spontanément, ou tout au moins sans traitement local, au bout d'un temps assez long.

Cette affection, rare en France, s'observe chez des

sujets de constitution lymphatique, presque toujours porteurs de lésions tuberculeuses externes (gommes scrofulo-tuberculeuses, arthropathies tuberculeuses, ostéites tuberculeuses, etc.).

Elle est constituée par une folliculite pilo-sébacée de nature tuberculeuse, comme le démontre l'existence de follicules tuberculeux (Jacobi, Darier) et de bacilles de Koch (Darier).

Traitement. — Le traitement est celui des lésions scrofulo-tuberculeuses, déjà nécessité le plus souvent par les autres localisations tuberculeuses dont les malades sont porteurs.

Ce traitement général suffit souvent à faire disparaître les lésions du lichen scrofulosorum.

Localement, on recourra aux badigeonnages de teinture d'iode, aux pommades salicylées (2 à 5 0/0), pyrogalliques (5 à 10 0/0) ou résorcinées (3 à 5 0/0), aux emplâtres de Vigo, d'huile de foie de morue, ou aux applications de savon noir.

LÈPRE

Exposé clinique et étiologique. — La lèpre, après une période prodromique caractérisée par des accès fébriles irréguliers, un affaiblissement général, des troubles dyspeptiques, des névralgies diverses, etc., se manifeste cliniquement sous deux formes qui, parfois associées (lèpre mixte), restent souvent longtemps distinctes : dans l'une, les lésions portent primitivement sur le tégument (lèpre tuberculeuse des auteurs, lèpre systématisée tégumentaire de M Leloir); dans l'autre, les altérations cutanées sont, comme les troubles sensitifs et amyotrophiques, sous la dépen-

dance d'une lésion des nerfs périphériques (lèpre anesthésique des auteurs, lèpre trophoneurotique, lèpre systématisée nerveuse de M. Leloir).

La lèpre tuberculeuse débute par des taches rouges, souvent violacées ou brunâtres, qui peuvent s'effacer ou être remplacées par des tubercules lépreux. Les tubercules lépreux, qui peuvent également se développer sur le tégument encore sain, sont constitués par des nodosités arrondies, saillantes, de coloration rouge ou brunâtre, du volume d'un grain de mil à celui d'une noix, à surface lisse et comme huileuse : ils peuvent se réunir pour former des masses irrégulières. Comme toutes les manifestations cutanées de la lèpre, ils s'accompagnent presque toujours de troubles de la sensibilité, qui à leur niveau est ordinairement abolie.

Ces tubercules peuvent se développer sur toutes les régions du corps. Dans les régions velues, les poils tombent à leur niveau. A la face, où ils sont surtout fréquents et nombreux, ils finissent par infiltrer presque tout son tégument; séparés par des dépressions plus ou moins profondes, ils donnent au visage un aspect général presque identique chez tous les sujets et rappelant celui de la race nègre.

Une fois développés, les tubercules lépreux restent rarement stationnaires ; ils augmentent de volume pendant un certain temps, puis ils tendent à se résorber, laissant à leur suite une cicatrice déprimée, pigmentée à sa périphérie, ou à s'ulcérer, donnant lieu à des ulcérations tantôt superficielles et peu étendues, tantôt profondément destructives.

Les muqueuses sont souvent le siège de lésions analogues.

Les tubercules lépreux évoluent souvent sous

forme de poussées successives, plus ou moins étendues, accompagnées de fièvre et de phénomènes inflammatoires locaux rappelant l'aspect de l'érysipèle.

Au début de la lèpre tuberculeuse ou dans son cours, il n'est pas rare de voir survenir des poussées fébriles accompagnées du développement de nodosités analogues à celle de l'érythème noueux et en différant par leur longue persistance et par les troubles concomitants de la sensibilité.

La marche de la lèpre tuberculeuse est plus rapide que celle de la lèpre trophoneurotique : parfois en quelques mois, plus souvent en plusieurs années, elle aboutit à la cachexie, au marasme, avec troubles viscéraux : diarrhée, albuminurie, etc.

La lèpre trophoneurotique a souvent pour première manifestation cutanée des bulles de petites dimensions (pemphigus lépreux des auteurs) survenant par poussées irrégulières, évoluant rapidement et laissant après elles soit des cicatrices entourées d'une zone pigmentaire, soit des ulcérations plus ou moins persistantes. Elle donne plus souvent lieu à des taches d'abord rouges, puis brunâtres, souvent décolorées à leur centre, d'étendue très variable, accompagnées d'hyperesthésie passagère au début, plus tard d'anesthésie complète.

La sensibilité est d'ailleurs profondément troublée dans des régions qui ne sont pas occupées par ces plaques : on trouve des zones anesthésiques sur les membres, sur la face, particulièrement au pourtour des yeux. La peau de ces régions s'amincit souvent, ou se sclérose, devient le siège d'ulcérations à forme de mal perforant ou plus étendues. Il en résulte des mutilations qui rappellent celles de la syringomyélie

type Morvan et peuvent atteindre des proportions considérables (lèpre mutilante). Aux lésions cutanées s'associent des parésies et des atrophies musculaires débutant par les muscles de la main (d'où une déformation analogue à la griffe de Duchenne) et par les muscles de la face, principalement par les muscles orbiculaires palpébraux, se généralisant ensuite.

En explorant les nerfs périphériques, — le nerf médian au niveau du coude se prête particulièrement à cette recherche, — on les trouve augmentés de volume, souvent noueux et moniliformes.

La cachexie, avec lésions viscérales, albuminurie, diarrhée, broncho-pneumonie, est la terminaison de la maladie.

La lèpre est produite par le bacille découvert par A. Hansen (de Bergen), qu'on retrouve dans les tubercules, dans la plupart des taches pigmentaires, et dont la constatation dans les cas douteux est la seule base scientifique du diagnostic.

Cette affection, fréquente en Amérique (surtout l'Amérique du Sud), en Asie (Inde, Chine, Japon, Tonkin), en Australie, en Afrique (Sénégal, Cap, Madagascar, etc.), dans certaines régions de l'Europe (Norvège, Russie, Turquie, Italie, Espagne et Portugal), ne s'observe guère en France, à l'état de lèpre autochtone, que dans quelques villages de la Rivière de Gênes et, encore plus exceptionnellement, en Bretagne (Zambaco). Les lépreux, plus nombreux qu'on ne pense, qu'on observe en France sont des lépreux d'importation (Besnier), et ont contracté leur maladie dans nos colonies et dans les divers pays d'outre-mer.

La cause efficiente de la lèpre est la contagion : elle est démontrée aujourd'hui malgré l'opposition reten-

tissante de plusieurs léprologues éminents. L'hérédité est plus discutable, et bien des cas de prétendue hérédité ne sont que des exemples de contagion dans le bas âge. Les mauvaises conditions hygiéniques : l'encombrement, la misère, la malpropreté inhérente à certaines populations lépreuses, l'alimentation défectueuse et insuffisante, considérées longtemps comme les causes de la lèpre, ne font que favoriser sa transmission ou rendre l'organisme humain plus vulnérable.

Il est à noter que l'incubation de la lèpre peut durer plusieurs années (14 dans un cas de M. Landouzy, 32 dans un autre de M. Hallopeau), de sorte que la maladie se développe souvent un temps fort long après que les sujets ont été exposés à la contagion.

Prophylaxie. — La prophylaxie de la lèpre découle naturellement de ses conditions étiologiques. L'isolement des lépreux dans les pays où la maladie règne endémiquement s'impose; le mariage doit leur être interdit, ou au moins leurs enfants doivent être séparés d'eux pour éviter la contagion extra-utérine.

Si l'isolement est impossible, le traitement régulier de tous les sujets atteints de lèpre peut encore s'opposer à la propagation de la maladie : le pansement antiseptique des ulcérations, la désinfection de tous les linges souillés par leurs sécrétions peuvent alors rendre des services considérables.

Traitement. — Le traitement des lépreux peut encore s'inspirer utilement des notions étiologiques précédentes : les malades doivent être placés dans les meilleures conditions possibles sous le rapport de l'habitation, de l'aération, de l'alimentation, de la propreté corporelle; on supprimera de leur régime alimentaire le poisson, la viande de porc, les con-

serves et, d'une façon générale, tous les aliments susceptibles de donner lieu à des fermentations intestinales; on les astreindra à de fréquents bains de propreté additionnés de 5 à 20 grammes d'acide phénique (Besnier), ou sulfureux, ou à l'usage quotidien de l'hydrothérapie tiède ou froide.

La lèpre semblant se développer de préférence dans certaines régions et en épargner d'autres, on leur conseillera le séjour dans les régions tempérées et de préférence dans l'Europe centrale, où la lèpre autochtone est inconnue.

Les toniques, de préférence le quinquina et l'arsenic, leur seront prescrits. Les cures thermales, sulfureuses (Cauterets, Luchon, Uriage, etc.) ou salines, seront utilisées à ce même titre. S'il survient des poussées fébriles, on aura recours aux sels de quinine administrés à haute dose.

Une série considérable de médicaments ont été recommandés dans la lèpre et ont été dotés, souvent bien bénévolement, de propriétés plus ou moins spécifiques. Nous signalerons seulement ceux qui semblent avoir une action réelle.

En première ligne, il faut placer l'huile de chaulmoogra, tirée des graines du gynocardia odorata, et l'acide gynocardique, extrait de cette huile.

L'huile de chaulmoogra doit être administrée à doses élevées pour produire des effets appréciables. Il convient de commencer par 10 à 15 gouttes par jour, prises en 2 fois, avant ou après le repas et d'augmenter de 5 gouttes par jour jusqu'à ce qu'on arrive à 150 ou 200 gouttes par jour à prendre en 3 fois; cette dose doit être continuée pendant 10 à 12 semaines. Ces doses provoquent fréquemment des vomissements, de la diarrhée et des douleurs gastriques,

parfois de l'albuminurie (Besnier), qui obligent à suspendre l'emploi du médicament, quitte à le reprendre ultérieurement en surveillant ses effets.

L'huile de chaulmoogra peut être prise de différentes manières. La plus simple consiste à la prendre dans du pain azyme : après l'avoir d'abord chauffée et rendue liquide pour compter les gouttes, on la laisse refroidir et on l'introduit dans un cachet ou on l'enveloppe de pain azyme ; immédiatement après, on prend soit du thé soit du rhum. Il est parfois plus commode de faire préparer des capsules contenant 25 centigrammes = 10 gouttes d'huile. Dans les pays chauds, où elle ne se solidifie pas, on peut en faire des tablettes contenant, pour 2 parties d'huile de chaulmoogra, 1 partie de savon amygdalin et 1 partie de magnésie calcinée : 12 grammes de cette préparation correspondent à 250 gouttes d'huile (1).

L'action de l'huile de chaulmoogra ne commence guère à se faire sentir que quand on on a dépassé la dose quotidienne de 100 gouttes. Elle produit constamment alors une amélioration, variable suivant les cas, plus apparente dans les formes tuberculeuses que dans les formes trophoneurotiques et d'autant plus considérable qu'elle a été administrée plus près du début de la maladie. C'est actuellement le médicament le plus employé en France, où il a été surtout étudié par Vidal et par M. Besnier.

L'intolérance de certains sujets pour l'huile de chaulmoogra a fait essayer de lui substituer un des acides qu'elle renferme, l'acide gynocardique (Lutz, Z. Falcao (2), Vidal, L. Roux). Un gramme d'huile de

(1) L. Roux. Thèse de Paris, 1890-1891.

(2) *Congrès international de Dermatologie de Paris*, 1889.

chaulmoogra (42 gouttes) renferme 176 milligrammes d'acide gynocardique. On peut l'administrer en nature par capsules de 20 centigrammes, à doses progressivement croissantes de 60 centigrammes à 3 grammes, ou combiné à la magnésie (gynocardate de magnésie 20 centigrammes, extrait de gentiane 5 centigrammes pour une pilule; 5 à 20 pilules par jour), ou à la soude (de 5 à 20 capsules contenant 20 centigrammes de gynocardate de soude).

Mieux supporté que l'huile de chaulmoogra, l'acide gynocardique a certainement une action sur les lésions lépreuses; mais cette action paraît moins efficace que celle de l'huile dont il provient.

L'*huile de gurjum*, provenant de certaines diptérocarpées, a été employée depuis Douglas comme succédané de l'huile de chaulmoogra. On l'administre en potion à la dose de 2 à 10 grammes par jour en trois fois avant les repas, en ayant soin de faire prendre de suite un liquide alcoolique; ses résultats sont de beaucoup inférieurs à ceux de l'huile de chaulmoogra.

Le *hoang-nan*, poussière rougeâtre provenant de l'écorce du strychnos gaultheriana, a été expérimenté sans succès bien manifestes et a parfois provoqué des accidents tétaniques.

Unna a préconisé l'emploi de l'ichthyol à l'intérieur, en même temps qu'on utilise cette substance pour le pansement externe. Il administre le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque en moyenne à la dose de 1 gramme par jour, en solution aqueuse au 5e, ou en pilules. Il a obtenu de la sorte des résultats remarquables; M. Besnier n'a pu arriver à faire supporter pareille dose.

L'acide phénique, à la dose de 25 centigrammes à

1 gramme par jour, en pilules prises après les repas, a donné à M. Besnier des améliorations notables.

Le salicylate de soude, préconisé par Danielssen et par Köbner à doses variant de 2 à 6 grammes, semble utile surtout pendant les poussées aiguës ; il est rarement supporté pendant un temps suffisant pour avoir une action curative.

Le salol a été employé à la dose de 2 à 5 grammes par Lutz, qui n'a jamais constaté de phénomènes d'intolérance et s'est bien trouvé de son usage, surtout dans les poussées aiguës.

L'iodure de potassium et le mercure, souvent proposés contre la lèpre, ne semblent avoir quelque action que chez les lépreux syphilitiques, et peut-être sont-ils nuisibles chez des sujets dont il faut combattre les tendances anémiques. Le phosphore, le tanin, la créosote, le chlorate de potasse à doses toxiques (Carreau, de Pointe-à-Pitre) ont été successivement vantés et trouvés sans action curative réelle.

Dans les formes trophoneurotiques, les calmants (bromure de potassium, antipyrine, opiacés, aconitine, etc.) trouvent leur indication pour calmer les névralgies, contre lesquelles on a recouru également [B. Rake (1) Mitra (2)] à l'élongation des nerfs; l'électricité peut être utilisée pour lutter contre l'atrophie musculaire.

Traitement local. — Les diverses ulcérations dues à la lèpre doivent être pansées antiseptiquement ; on emploiera dans ce but, suivant les cas, l'iodoforme, l'aristol, le salol, ou les pansements humides, ceux-ci

(1) *British medical journal*, 25 octobre 1890, p. 953.
(2) *American journ. of medic. Sciences*, juillet 1891, p. 19.

réservés surtout aux ulcérations étendues ; les médicaments déjà signalés à propos du traitement interne, en particulier l'ichthyol et l'huile de gurjum peuvent également être utilisés dans ce but ; les cautérisations au nitrate d'argent permettront de régulariser la réparation des ulcérations bourgeonnantes.

Lorsque les lésions lépreuses ne sont pas ulcérées, le traitement local sera souvent un adjuvant utile du traitement général.

Tout d'abord les tubercules lépreux peuvent être excisés sans danger, et leur récidive locale est rare. Cette opération a été tentée parfois pour guérir radicalement la lèpre dans des cas où les tubercules étaient peu nombreux ; elle a toujours été suivie à courte échéance de l'apparition de nouveaux nodules au voisinage des premiers ou à distance. Elle est indiquée lorsque les tubercules, par leur volume ou leur siège, gênent les mouvements ou entravent quelque fonction, mais est inapplicable à la généralité des lésions.

La destruction par la cautérisation ignée (thermocautère ou mieux galvano-cautère) remplace avantageusement l'excision et est d'un emploi plus général ; en raison des troubles de la sensibilité propres à la maladie, elle ne provoque aucune douleur ; son champ d'action est cependant limité : on ne peut songer à attaquer ainsi les innombrables tubercules que portent généralement les lépreux, et il faut réserver la cautérisation aux plus volumineux, à ceux qui occupent les parties découvertes ou les muqueuses et à ceux qui résistent aux efforts combinés du traitement général et des différents topiques. La cautérisation doit être suivie de pansements antiseptiques, de préférence de pansements au sublimé.

On a proposé comme topiques les substances employées à l'intérieur chez les lépreux, huile de chaulmoogra, huile de gurjum et surtout l'huile de noix d'acajou : l'odeur de ces substances, l'irritation provoquée par la dernière sont presque toujours un obstacle à leur usage.

Unna a préconisé l'usage externe de l'ichthyol en pommades à 50 0/0, de la résorcine en pommade ou en emplâtre à 10 ou 20 0/0, et, lorsque les téguments peuvent les supporter, de l'acide pyrogallique en pommade ou en emplâtre à 5 ou 10 0/0 et de la chrysarobine, qui est plus active encore, aux mêmes doses. Ces substances donnent parfois des résultats remarquables et assez rapides; mais leur emploi exige une surveillance attentive, en raison de l'irritation qu'elles provoquent et des intoxications sur la trace desquelles on sera mis par les modifications des urines.

Les taches pigmentaires ne réclament pas une intervention locale énergique : on peut essayer d'atténuer leur coloration au moyen des pommades au calomel, ou à l'acide salicylique, ou de l'emplâtre de Vigo.

Les manifestations oculaires de la lèpre sont justiciables d'un traitement opératoire. M. Panas a montré (1) le parti qu'on pouvait tirer de l'excision large et profonde des tubercules, bien préférable à la simple kératotomie marginale employée par Kaurin, et de l'iridectomie qui permet de détruire les adhérences irido-capsulaires et au besoin d'enlever les tubercules iriens. En attaquant ces lésions dès leur début, on prévient la destruction de l'œil.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 6 décembre 1887, p. 757.

L'emploi des traitements précédents, nous ne saurions trop le répéter, provoquera souvent une amélioration considérable, d'autant plus qu'aux topiques et aux médicaments internes on joindra une hygiène plus rigoureuse; il prolongera la vie des malades; mais, si marquée qu'ait été l'amélioration, les récidives sont toujours à craindre, et c'est seulement après une observation longtemps prolongée qu'on pourrait prononcer le mot de guérison.

PUSTULE MALIGNE

Exposé clinique et étiologique. — Succédant à bref délai à l'inoculation charbonneuse, la pustule maligne se caractérise à son début par une petite tache ayant l'aspect et les dimensions d'une piqûre de puce ou par une vésicule de 2 à 3 millimètres de diamètre, qui ne tarde pas à s'ombiliquer et à se rompre.

Vers le 2e jour, elle est remplacée par une eschare jaunâtre, devenant rapidement brune, puis noire, reposant sur une base indurée et un bourrelet rouge et œdémateux. Sur ce bourrelet, se développent de petites vésicules transparentes et citrines, plus rarement rougeâtres ou bleuâtres, formant un cercle complet autour de l'eschare. A mesure que l'eschare s'étend, un cercle vésiculeux se reforme autour d'elle.

Vers le 3e ou le 4e jour, l'eschare mesure 2 à 3 centimètres de diamètre; elle est toujours entourée de sa collerette de vésicules; les téguments voisins sont luisants, parfois rouges ou violacés, infiltrés de sérosité, et l'œdème peut s'étendre assez loin dans les régions où le tissu cellulaire est lâche, comme aux paupières.

Vers le 5e ou le 6e jour, le malade est courbaturé, il éprouve quelques frissons, la température s'élève rapidement, les phénomènes généraux se dessinent, l'infection charbonneuse est constituée ; nous n'avons pas à entrer ici dans sa description. Ajoutons seulement qu'avec cette infection coïncide le plus souvent la chute de l'eschare de la pustule maligne : le tissu cellulaire voisin et la peau sont envahis, des phlyctènes se montrent au pourtour du foyer primitif ou en des points éloignés ; la suppuration est parfois abondante, ou bien il se forme des plaques de gangrène et des infiltrations gazeuses.

La pustule maligne est la manifestation la plus fréquente de l'infection charbonneuse chez l'homme. Elle s'observe surtout chez les sujets qui, par leur profession, sont exposés au contact des animaux charbonneux vivants ou morts : bergers, équarisseurs, maréchaux, vétérinaires, bouchers, mégissiers, tanneurs, selliers, cordonniers, etc. Elle occupe le plus souvent la face, puis les membres supérieurs, le cou et la nuque, plus rarement les membres inférieurs. Elle est presque toujours unique.

Véritable chancre charbonneux, elle doit être reconnue de bonne heure et traitée énergiquement avant l'apparition des phénomènes d'infection générale.

La *prophylaxie* de l'infection charbonneuse ne saurait trouver place dans cet ouvrage, où nous ne parlons de la pustule maligne qu'au point de vue strict de la dermatologie et de la thérapeutique locale.

Traitement. — Celui-ci a consisté pendant longtemps dans la seule cautérisation, l'extirpation étant abandonnée à cause des pertes de substance étendues qu'elle exige pour être réellement efficace. La

cautérisation soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques chimiques (pâte de Vienne, potasse caustique, sublimé en poudre) donne de bons résultats et devrait être employée dans tous les cas où on n'aurait pas d'autre procédé de traitement à sa disposition. On a reproché à la cautérisation par le fer rouge de nécessiter une destruction étendue et de laisser des cicatrices vicieuses : dans l'espèce cet argument a une médiocre importance, en présence d'une affection contre laquelle il faut agir vite, où et comme on peut.

Il n'en est pas moins vrai que la pratique des injections interstitielles constitue, lorsqu'elle est possible, un perfectionnement considérable dans le traitement de cette affection, contre laquelle elle est remarquablement efficace.

Ces injections peuvent être faites soit avec une solution de sublimé, comme on les pratique en Russie, soit avec une solution iodée ou phéniquée, comme le font les chirurgiens français.

Le liquide (8 à 20 gouttes de solution phéniquée à 2 ou 4 0/0, 2 ou 3 gouttes de teinture d'iode pure, 10 gouttes de solution iodée à 2 0/0) est injecté dans le tissu cellulaire œdématié à 2 centimètres de la tumeur, aux quatre points cardinaux de celle-ci, ou, si elle est volumineuse, en nombre suffisant et à intervalles assez rapprochés pour que les noyaux formés par les injections se touchent et se confondent. Les injections sont répétées matin et soir jusqu'à ce que l'amélioration se manifeste par une diminution de l'œdème, l'affaissement de l'aréole vésiculeuse et l'abaissement de la température. A ce moment, on les éloigne et on diminue leur nombre en se basant sur l'état général du sujet et l'aspect de la lésion locale. Un

pansement antiseptique au sublimé ou au naphthol camphré est appliqué simultanément; après la chute de l'eschare, on panse à l'iodoforme.

M. Verneuil conseille d'associer aux injections iodées l'extirpation de l'eschare et la cautérisation des vésicules au thermo-cautère.

MORVE ET FARCIN

Exposé clinique et étiologique. — Produites toutes deux par un même bacille, découvert presque simultanément par Bouchard, Capitan et Charrin en France, et par Löffler et Schütz en Allemagne, ces deux affections, communes à l'homme et aux animaux, ne diffèrent que par leur localisation, la morve frappant les cavités nasales et le farcin les respectant.

Elles peuvent évoluer d'une façon aiguë ou chronique (1).

La morve aigue se traduit, outre des symptômes généraux et des manifestations douloureuses sur les articulations, par un œdème aigu de la face, d'apparence érysipélateuse, par des plaques gangréneuses sur les membres, une éruption pustuleuse plus ou moins abondante, et surtout par un jetage nasal abondant, muco-purulent, avec ulcérations des narines, du pharynx et de la muqueuse buccale et adénopathies sous-maxillaires considérables.

La morve chronique, qui succède généralement au farcin chronique, se caractérise par l'obstruction des fosses nasales, remplies de mucosités épaisses sou-

(1) Voir pour plus de détails l'excellent article de G.-H. Roger dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, t. I, p. 563.

vent striées de sang, qui s'écoulent sur les lèvres et s'y concrètent en croûtes sèches et noirâtres; la pituitaire est ulcérée; la voix est nasonnée, il y a des lésions broncho-pulmonaires souvent antérieures à celles des fosses nasales. La durée, qui était de quelques jours à trois ou quatre semaines dans la morve aiguë, peut être de plusieurs mois, voire même de quatre ou cinq ans, dans la morve chronique, qui n'en aboutit pas moins presque fatalement à la mort.

Le farcin aigu, outre les phénomènes d'infection générale, se traduit par l'apparition d'abcès multiples, tantôt indolents, sans modifications dans la coloration de la peau, pâteux, tantôt douloureux, durs, rouges et violacés, dont l'ouverture provoque le développement d'ulcérations plus ou moins étendues; il aboutit à la mort en quarante à quarante-cinq jours.

Le farcin chronique se caractérise principalement par des abcès apparaissant rapidement et par poussées successives, occupant surtout les membres : le plus souvent peu douloureux, recouverts d'une peau violacée ou bleuâtre, mal limités, parfois rappelant l'aspect d'un phlegmon, ils s'ouvrent ordinairement à l'extérieur, donnant lieu à des orifices multiples, fistuleux, livides, à bords calleux, saillants et décollés s'étendant peu, mais n'ayant aucune tendance à se fermer.

Une mention particulière doit être donnée aux faits que MM. Besnier, Hallopeau et Jeanselme (1) ont fait connaître sous le nom de farcinose mutilante de la face : dans ces cas, les lésions, occupant le centre de la face, consécutivement à des lésions des fosses

(1) *Société française de Dermatologie*, 1891 et 1892.

nasales, rappellent les syphilides destructives : les ulcérations qui peuvent détruire des portions étendues des narines, des joues et des lèvres, sont indolentes, à bords décollés, suppurant peu, entourées d'une zone rouge infiltrée. Le diagnostic repose sur les propriétés virulentes du pus qui, inoculé dans le péritoine du cobaye mâle, suivant la méthode de M. Straus, provoque une vaginalite suraiguë.

L'affection farcino-morveuse s'observe presque exclusivement chez les sujets qui sont exposés par leur profession au contact avec des animaux atteints de la même maladie : cochers, palefreniers, cultivateurs, vétérinaires, équarisseurs, bouchers vendant de la viande chevaline.

Traitement. — Le traitement général de la morve, dans les détails duquel nous n'avons pas à entrer ici, réside surtout dans l'emploi du soufre, de l'iode et des toniques.

Le traitement local du farcin chronique, qui seul appartient par ses localisations aux affections cutanées, consiste dans l'ouverture des abcès, dans leur pansement antiseptique, et dans la cautérisation de leur surface soit avec le chlorure de zinc soit mieux encore avec le feu. C'est seulement par une intervention énergique, par la destruction de toute la paroi de ces cavités, qu'on pourra essayer d'empêcher les progrès ultérieurs de la maladie. Si les abcès sont peu nombreux, s'ils sont attaqués dès leur apparition, on arrivera parfois à empêcher la mort du malade. Encore faut-il que celui-ci ne soit pas atteint de localisations viscérales de l'infection et devra-t-il, pendant un temps fort long, être soumis à une surveillance attentive qui permette d'attaquer les lésions nouvelles dès leur début.

Dans les farcinoses mutilantes de la face, les lésions sont trop profondes, trop anciennes et trop multiples pour que le traitement puisse enrayer la marche de la maladie vers une terminaison fatale ; les injections d'eau iodée ou créosotée, les irrigations avec des liquides antiseptiques, la cautérisation de toutes les ulcérations susceptibles d'être atteintes, doivent cependant être utilisées pour modérer l'extension des lésions et retarder les progrès de l'infection générale, en même temps que des mesures rigoureuses de désinfection seront prises pour éviter la contamination des personnes qui approchent et soignent le malade.

RHINOSCLÉROME

Exposé clinique et étiologique. — Sous le nom défectueux de rhinosclérome, on désigne une affection caractérisée par une infiltration dure et ligneuse de diverses portions de la muqueuse des voies respiratoires.

Dans le plus grand nombre des cas, la lésion porte sur les narines et la portion adjacente des lèvres; les narines ne présentent aucune modification extérieure autre que leur augmentation de volume et leur aplatissement; leur orifice est élargi et occupé par un bourrelet ou des nodosités ayant la coloration de la peau ou de coloration rouge, luisantes, recouvertes d'un épiderme lisse, parfois mais non constamment exulcérées; ces lésions, remarquables par leur consistance, finissent par obstruer complètement l'orifice narinaire; elles s'étendent sur la lèvre supérieure, envahissant toute son épaisseur et rétrécissant parfois l'orifice buccal.

Les lésions s'étendent également sur la muqueuse des fosses nasales, peuvent intéresser le voile du palais, parfois la cavité buccale; plus souvent elles se propagent au larynx, qu'elles peuvent même envahir primitivement, et déterminent tous les accidents de la sténose laryngée.

La marche lentement progressive de la maladie se prolonge pendant plusieurs années pour aboutir à la mort par asphyxie laryngée ou par troubles de la déglutition; la trachéotomie peut prolonger la vie fort longtemps.

Les lésions du rhinosclérome, constituées essentiellement par une infiltration de cellules embryonnaires, et par des éléments cellulaires d'apparence spéciale, renferment des microorganismes capsulés (bacille de Frisch) présentant une grande analogie avec le diplocoque de Friedländer, auquel ils doivent, jusqu'à plus ample informé, être considérés comme identiques (Netter).

Le rhinosclérome, décrit par Hebra et Kaposi sur des sujets habitant les provinces orientales de l'Autriche, s'observe également en Russie, plus rarement en Italie et dans quelques autres pays d'Europe; on en rencontre également des cas dans l'Amérique centrale. En France, les quelques cas jusqu'ici connus ont toujours été rencontrés chez des sujets provenant des pays précédents.

Traitement. — Le traitement interne par l'iodure de potassium à hautes doses a donné des résultats satisfaisants à Celso Pellizzari, à MM. Cornil et Alvarez; par contre, Kaposi ne lui reconnaît aucune efficacité. Si on le tente, il ne peut être considéré que comme un accessoire très aléatoire du traitement local.

L'ablation semble au premier abord le procédé le plus rationnel de traitement du rhinosclérome ; mais, sauf dans quelques cas exceptionnels où la maladie est reconnue dès son début, les lésions sont trop étendues, exigeraient des délabrements trop considérables pour qu'une opération complète puisse être tentée. En outre, le rhinosclérome, s'il ne se généralise pas à la manière des tumeurs malignes, récidive sur place avec une effrayante rapidité, si complète qu'ait été l'exérèse. Aussi celle-ci est-elle formellement contre-indiquée dans presque tous les cas.

Les cautérisations ignées, ou avec des flèches au chlorure de zinc (1), qu'on introduit dans une incision au bistouri — lequel, malgré la dureté apparente du néoplasme à la palpation, pénètre avec la plus grande facilité — n'amènent qu'une amélioration très passagère.

L'emploi des agents antiseptiques a été tenté sous les formes les plus diverses : application de pommades, injections interstitielles, etc., et toujours sans succès apparent : il n'y a guère d'exception que pour un cas de Doutrelepont, qui a obtenu de bons résultats d'une pommade au sublimé au 100e. Cependant Lang a été relativement satisfait des injections interstitielles d'acide salicylique et des badigeonnages avec une solution alcoolique d'acide salicylique.

Le traitement palliatif est donc à peu près la seule ressource contre cette affection (2).

La dilatation des fosses nasales à l'aide de bougies ou de tiges de laminaire, la dilatation du larynx par

(1) Besnier. *Bullet. de la Soc. française de Dermatologie*, 1891, p. 326.

(2) Lermoyez. *Rhinologie, otologie et laryngologie à Vienne*. Paris, 1894, p. 239.

l'emploi méthodique des sondes de Schrötter, permettent d'éviter les accidents de sténose nasale et laryngée ; lorsque la dilatation du larynx est impossible, on n'a plus que la ressource de la trachéotomie avec canule à demeure. L'excision d'une partie des productions morbides ou leur destruction partielle avec les caustiques permettent, lorsque l'obstruction est complète, de frayer un passage aux instruments ; mais il faut bien savoir que, en pareil cas, l'occlusion tend toujours à se reproduire et que l'interruption des manœuvres dilatatrices est bientôt suivie d'une oblitération complète contre laquelle il faudra lutter de nouveau.

IMPÉTIGO

Exposé clinique et étiologique. — L'impétigo est une affection contagieuse et inoculable, caractérisée par le développement de vésico-pustules à évolution rapide dont le contenu se concrète en croûtes jaunâtres d'aspect caractéristique.

Les vésico-pustules, précédées de l'apparition d'une tache rouge arrondie, sont d'abord claires et transparentes, difficiles à reconnaître sur la peau ; puis leur contenu se trouble, et, moins de 48 heures après leur apparition, elles sont remplacées par une croûte jaunâtre, couleur de miel ou un peu verdâtre (croûte mélicérique), parfois brunâtre ; ces croûtes humides, peu résistantes, grasses au toucher recouvrent une excoriation rougeâtre, sur laquelle les croûtes se reproduisent si la lésion n'est pas pansée convenablement ; lorsque les croûtes cessent de se montrer, l'épiderme se répare et on ne trouve plus à leur place qu'une tache rougeâtre, légèrement squameuse, qui

persiste pendant quelques semaines pour disparaître ensuite; sauf les cas où l'affection, mal soignée et longtemps persistante, a entamé le derme, il ne reste aucune trace de sa présence.

Les éléments impétigineux se réunissent souvent en groupes plus ou moins étendus, formant des plaques irrégulières ou à contours circinés, recouvertes de croûtes jaunâtres ou brunâtres, au voisinage desquelles se développent des éléments isolés d'aspect variable suivant leur ancienneté, d'où un certain degré de polymorphisme de l'affection.

L'impétigo peut se développer sur toute la surface cutanée ; on l'observe surtout sur le visage, où il peut se montrer sous forme d'éléments isolés et disséminés, ou, dans les cas anciens, sous forme de placards étendus recouvrant la face d'une sorte de masque (impetigo larvalis) et sur le cuir chevelu, où les croûtes sont souvent grisâtres, plus sèches que sur la face, formant des concrétions arrondies, entremêlées aux cheveux (impetigo granulata).

On l'observe également sur les muqueuses, et en particulier sur la muqueuse buccale, où il se traduit par la présence de vésicules éphémères laissant à leur place des érosions arrondies, recouvertes d'un enduit blanc ou grisâtre d'aspect diphthéroïde.

Il s'accompagne fréquemment de lésions suppuratives cutanées et sous-cutanées, ecthyma, furoncles, tournioles, abcès sous-épidermiques et hypodermiques, conjonctivite purulente, etc., dues aux mêmes microorganismes qui l'engendrent. Il retentit sur les ganglions lymphatiques correspondants qui, chez les enfants atteints d'impétigo mal soigné, sont toujours tuméfiés et assez souvent suppurés.

L'impétigo se développe le plus ordinairement sur

la peau saine ou simplement excoriée; mais il peut aussi venir compliquer d'autres dermatoses, en particulier l'eczéma, et modifie l'aspect de la lésion primitive : les vésico-pustules passagères, suivies de la production de croûtes jaunâtres, arrondies et isolées les unes des autres, qui le caractérisent, ne doivent pas être confondues avec les croûtes jaunes plus étendues que l'on observe dans certaines formes d'eczéma suintant; la complication impétigineuse guérit d'ailleurs facilement par des moyens simples, auxquels résistent les productions croûteuses de l'eczéma impétiginiforme.

L'impétigo s'observe surtout chez les enfants : le lymphatisme si fréquent dans le bas âge, les complications ganglionnaires, l'ont fait considérer comme une manifestation de la scrofule. Il n'en est rien : le « tempérament scrofuleux » n'a d'autre action que de favoriser son éclosion et son extension.

Les affections suppuratives externes, abcès sous-cutanés ou ganglionnaires, coryzas, conjonctivites, otorrhées, etc., peuvent être l'origine du développement de l'impétigo, de même qu'elles peuvent lui succéder, produites qu'elles sont par les mêmes microorganismes.

Les lésions banales du tégument (excoriations, brûlures, vaccination, etc.) en sont également le point de départ, lorsqu'elles sont négligées et que des agents pathogènes viennent les infecter et en déterminer la suppuration. C'est de cette manière que la phthiriase du cuir chevelu, par les excoriations produites par le grattage et l'infection consécutive, est une cause très fréquente d'impétigo chez les enfants.

Il s'observe également chez l'adulte, soit à la suite

de causes analogues à celles qui président à son apparition chez l'enfant, soit à la suite de troubles digestifs et surtout d'excès alcooliques, qui altèrent la nutrition de la peau et la rendent plus vulnérable aux agents pyogènes vulgaires.

L'impétigo est essentiellement une affection contagieuse et inoculable : la preuve en est, d'abord dans la facilité avec laquelle les excoriations et les lésions cutanées, même les plus minimes, deviennent le point de départ de pustules nouvelles chez les sujets atteints de cette affection, et dans les expériences d'inoculation de Vidal. Elle est fournie encore par les épidémies que l'on observe dans les écoles et les salles d'asile, et par les faits où l'on voit la maladie se transmettre successivement à plusieurs membres d'une même famille. Il n'y a pas lieu d'admettre une forme spéciale d'impétigo méritant le nom d'impetigo contagiosa : toutes ses formes cliniques sont contagieuses.

Les microorganismes rencontrés dans les pustules d'impétigo sont d'une banalité absolue : l'agent qui semble réellement produire cette affection est le staphylocoque pyogène blanc.

Prophylaxie. — La contagion de l'impétigo impose des mesures prophylactiques qui se confondent en grande partie avec le traitement des sujets atteints. Toutes les fois où ce traitement est fait d'une façon régulière, où toutes les régions atteintes sont recouvertes d'un pansement occlusif, les linges de pansement nettoyés ou, mieux, détruits après usage et les vêtements désinfectés par les moyens appropriés, on voit s'arrêter rapidement les épidémies d'impétigo dans les agglomérations d'enfants : il n'y a donc que rarement, en présence seulement de l'incurie des

maîtres et des parents, ou de l'excessive étendue des lésions, à exiger que les enfants atteints de cette affection soient renvoyés des écoles ; il est même préférable de les y conserver, l'exécution de ces prescriptions pouvant être surveillée plus efficacement.

Traitement. — Le traitement général reconstituant, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, sirop antiscorbutique, etc., est utile chez les enfants lymphatiques atteints d'impétigo : il constitue un adjuvant au traitement local, mais ne saurait jamais le remplacer.

Lorsque l'affection est survenue à la suite de troubles digestifs ou d'excès alcooliques, on administrera un purgatif et on recourra à l'antisepsie intestinale, également comme adjuvant du traitement local.

Celui-ci est des plus simples et il n'y a pas lieu de le compliquer comme à plaisir, ainsi qu'on le fait trop souvent.

Il faut en premier lieu, au moyen d'applications émollientes, faire tomber les croûtes : la plus banale de toutes, le cataplasme de fécule de pommes de terre préparé à l'eau boriquée suffit le plus souvent ; le cataplasme, appliqué froid, est changé toutes les quatre à cinq heures, après lavage à l'eau boriquée ou avec une solution de phéno-salyl à 1 pour 300. Au bout de quelques applications de cataplasmes, les croûtes ont disparu complètement, à la condition que les cataplasmes aient recouvert toute la surface malade, et qu'on n'ait pas laissé entre elles d'intervalles pendant lesquels les croûtes aient pu se reformer.

Les pulvérisations à l'eau tiède, simple, boriquée ou phéno-salylée, peuvent être employées pour aider

l'action des cataplasmes, mais elles ne sont pas indispensables.

L'enveloppement avec des compresses de tarlatane imbibées des mêmes solutions, d'infusion de camomille ou de fleurs de sureau ou même d'eau bouillie et recouvertes d'une couche imperméable (taffetas gommé ou gutta percha laminée) peut encore être utilisé dans ce but, mais est inférieur aux cataplasmes.

L'essentiel est que le pansement soit fait régulièrement, proprement, continuellement, et que toutes les lésions sans exception soient soumises à son action.

Après la chute des croûtes, ces applications peuvent encore être continuées pendant un ou deux jours pour calmer l'inflammation, si elle était intense.

Le plus ordinairement, aussitôt les croûtes tombées, on recourra à l'emploi des pommades antiseptiques ou des emplâtres.

Ici encore les moyens les plus simples sont les meilleurs ; il n'est pas besoin de se servir des préparations irritantes ou odorantes comme l'huile de cade, des pommades hydrargyriques souvent préconisées dans cette affection. De tous les topiques proposés le meilleur est la vaseline boriquée au 10°, qui a le grand avantage d'être inoffensive. Elle sera appliquée en couche suffisamment épaisse sur les parties malades, maintenue par un linge fin et propre et renouvelée deux ou trois fois par jour jusqu'à ce que l'épiderme se soit reformé.

Si les croûtes se reproduisaient à la suite d'un pansement mal fait, on les ferait tomber au moyen de cataplasmes et on reviendrait ensuite à l'usage de la pommade.

Il n'y a pour ainsi dire pas d'impétigo qui, avec ce traitement régulièrement suivi, dure plus d'une semaine.

Lorsque les lésions sont limitées et que le pansement est difficile à maintenir en place, il y a souvent avantage à recourir à des pommades rendues plus épaisses et plus adhérentes par l'adjonction de l'oxyde de zinc, du sous-nitrate de bismuth ou du dermatol, ou aux applications d'emplâtres (emplâtre de Vigo, lorsqu'il est supporté, emplâtre rouge de Vidal, emplâtre adhésif boriqué). On peut encore, comme le fait M. Besnier, faire étendre, sur un morceau de linge avec lequel on recouvre les lésions, un mélange à parties égales de vaseline et de masse emplastique de Vigo.

L'essentiel est d'obtenir une occlusion parfaite des lésions par un corps gras ou un emplâtre : le premier procédé est, à notre avis, supérieur au second au point de vue de la rapidité de la guérison.

Dans quelques cas exceptionnels, chez des enfants profondément débilités, les ulcérations ont tendance à persister : les cautérisations au nitrate d'argent, les pansements à l'iodoforme, au dermatol, etc., succéderont alors à l'emploi méthodique des moyens précédents et amèneront la réparation complète des lésions.

Les taches rouges qui succèdent à la guérison de l'impétigo sont destinées à disparaître spontanément et ne réclament aucun traitement actif. On devra se garder de les combattre par des topiques irritants : il suffit de conseiller des lavages à l'eau très chaude et des applications de pommade à l'oxyde de zinc additionnées ou non de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique.

Les lésions impétigineuses des muqueuses seront combattues par les lavages répétés ou les irrigations

à l'eau boriquée, les applications de collutoires boriqués ou de naphthol camphré, ou les attouchements au crayon de nitrate d'argent.

La propreté absolue du tégument et des ongles, le pansement occlusif et antiseptique de toutes les solutions de continuité sont de rigueur chez les sujets atteints d'impétigo ; les affections suppuratives des muqueuses oculaire, nasale, des oreilles seront traitées par les moyens appropriés. Lorsque la phthiriase du cuir chevelu accompagne l'impétigo, on aura bien soin de s'attaquer aux parasites en même temps qu'on soignera les lésions cutanées, dont ils sont l'origine ou la complication.

APPENDICE

Impétigo herpétiforme

Exposé clinique et étiologique. — En raison de la similitude de noms, nous plaçons ici une affection qui n'a avec l'impétigo que des ressemblances morphologiques assez éloignées et dont l'étiologie est loin d'être déterminée.

Décrit par Hebra et Kaposi, extrêmement rare en France où il n'a guère été observé que par M. Dubreuilh (1), l'impétigo herpétiforme se caractérise par le développement de pustules de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis, remplies dès le début de pus assez épais, blanc ou jaunâtre. Disposées en groupes arrondis ou ovalaires à progression très rapide, reposant sur une base enflammée, les pustules qui criblent la surface du groupe se dessèchent, présentent à leur centre une croûte mince ; le groupe se transforme en une sur-

(1) *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 353.

face irrégulière, parsemée de croûtes ou excoriée, suintante et recouverte d'un enduit pulpeux et grisâtre. Les lésions, qui débutent par le bas-ventre, la région génito-crurale ou la région mammaire, se généralisent peu à peu, et presque toute la surface cutanée finit par être recouverte de placards semblables, pouvant atteindre jusqu'à la largeur de la main et se réunir les uns aux autres, se montrant par poussées successives.

Des phénomènes généraux accompagnent l'affection cutanée ou se montrent dans son cours : fièvre, abattement, délire, phénomènes nerveux divers, diarrhée, vomissements, albuminurie, et la mort survient généralement dans le collapsus au bout de trois à quatre semaines. La guérison est cependant possible; dans ce cas, la durée moyenne de l'affection est de trois mois et demi; mais le sujet est exposé à des récidives qui peuvent l'emporter.

L'impétigo herpétiforme s'observe le plus souvent chez des femmes enceintes, à une époque variable de la grossesse, et dure jusqu'au delà de sa terminaison, qui est généralement prématurée. Lorsque la première atteinte se termine par la guérison, les récidives ont lieu aux grossesses ultérieures. Il peut cependant se rencontrer chez la femme en dehors de la grossesse ; on l'a même vu se développer chez l'homme.

Il a été considéré par les uns comme le résultat d'une pyohémie d'origine utérine (Kaposi, Neumann), par les autres comme dû à un trouble d'innervation (Du Mesnil). En réalité, ses causes sont inconnues: les agents pathogènes qu'on a rencontrés dans les lésions cutanées paraissent être purement accidentels, les récidives s'expliquent mal avec l'hypothèse

d'une origine infectieuse et on est réduit à admettre une prédisposition inhérente à l'individu, qui, une fois acquise, peut persister des années à l'état latent, attendant pour se manifester une cause occasionnelle qui est le plus souvent la grossesse (Dubreuilh).

Malgré la confusion faite par quelques auteurs, cette maladie doit être séparée de la dermatite herpétiforme (Duhring, Brocq, Dubreuilh).

Traitement. — La thérapeutique de l'impétigo herpétiforme se ressent forcément des incertitudes de son étiologie.

Il semble rationel de soumettre les malades à l'usage des reconstituants, surtout de la quinine, et des antiseptiques intestinaux.

Le traitement local, purement symptomatique, consistera dans les applications émollientes, les pansements antiseptiques non irritants, les poudres sèches et les pommades à base d'oxyde de zinc.

Les bains permanents, employés par les auteurs allemands, ont soulagé les malades et semblent avoir joué un rôle réel dans les cas terminés par la guérison.

En raison des relations de l'affection avec l'état de grossesse et de sa persistance constante jusqu'à l'accouchement, quelques auteurs ont proposé de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

ECTHYMA

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom d'ecthyma à une forme spéciale de suppuration de la peau caractérisée par le développement de

pustules arrondies, reposant ordinairement sur une base enflammée, donnant lieu à la formation de croûtes et laissant ordinairement à leur suite des cicatrices persistantes.

Les pustules d'ecthyma ont des dimensions variant de celles d'une tête d'épingle à celles d'une pièce de 50 centimes. De forme tantôt aplatie, tantôt hémisphérique, elles sont entourées d'une zone rouge plus ou moins étendue. Les croûtes qui leur succèdent sont grisâtres, brunâtres, plus rarement jaunâtres, souvent peu épaisses, parfois volumineuses, stratifiées : les anciens dermatologistes donnaient aux croûtes de cette dernière variété le nom de rupia.

Les croûtes reposent sur une ulcération tantôt superficielle et se réparant rapidement, tantôt profonde (ecthyma térébrant) et recouverte de détritus sanieux et grisâtres.

L'ecthyma s'accompagne très fréquemment de lésions inflammatoires de voisinage, de lymphangites et d'adénites.

Il peut se développer sur toutes les régions du corps, mais atteint principalement les membres inférieurs et la région fessière.

L'ecthyma peut se montrer chez des sujets dont la santé est parfaite ; mais toutes les causes qui débilitent l'organisme favorisent puissamment son apparition : la misère, l'alcoolisme, la diarrhée, le diabète, les néphrites, la convalescence des maladies graves, entre autres de la fièvre typhoïde, de la variole, etc. ; pour la même raison, il est fréquent chez les vieillards.

De même que l'impétigo, il peut succéder à toutes les lésions suppuratives du tégument (exco

riations infectées, brûlures, vésicatoires, etc.) et des organes profonds; il est surtout fréquent à la suite des affections prurigineuses qui deviennent l'occasion de l'insertion intra-épidermique des microorganismes pathogènes existant normalement ou accidentellement à la surface de la peau : c'est ainsi qu'il se développe fréquemment chez les sujets atteints de phthiriase des vêtements ou de gale.

L'ecthyma se rencontre avec une grande fréquence dans certaines professions.

Les lésions ecthymateuses des raffineurs de sucre paraissent consécutives aux brûlures qu'ils se font pendant leur travail; la présence de sucre en sirop ou en poudre sur les téguments favorise probablement aussi les pullulations microbiennes.

Les sujets exposés par leur profession aux contacts d'animaux ou d'objets malpropres (vétérinaires, cavaliers, palefreniers, cochers, équarisseurs, chiffonniers, etc.) en sont fréquemment atteints.

Une fois développé, l'ecthyma est inoculable (expériences de E. Vidal) au sujet qui en est porteur et aux sujets sains. La clinique démontre d'ailleurs sa transmission du malade à son entourage, soit directement par contact, soit par l'intermédiaire des objets souillés par ses sécrétions.

Plus encore que pour l'impétigo, les microorganismes qu'on rencontre dans les pustules d ecthyma sont d'une banalité absolue et variables. On peut incriminer suivant les cas les staphylocoques, le streptocoque, le bacille pyocyanique, etc.

Prophylaxie. — Elle se résume dans l'occlusion des lésions par des pansements antiseptiques, la destruction ou la désinfection des objets de panse-

ment et des vêtements souillés par le pus. Cette désinfection est de rigueur pour empêcher les réinoculations successives et à plus ou moins longue échéance par les vêtements que les malades avaient portés lors d'une atteinte antérieure de la maladie.

La propreté la plus absolue doit être exigée des sujets atteints d'ecthyma : les bains généraux, simples, ou amidonnés s'il y a des phénomènes inflammatoires accusés, ou additionnés de 5 à 20 grammes d'acide phénique, les lavages répétés des mains et des ongles avec une solution de sublimé s'il y a une affection prurigineuse concomitante, rempliront cette indication.

Traitement. — Le *traitement général*, basé sur les indications fournies par l'état général du sujet et par l'état de ses différents viscères, et dans lequel il est souvent utile de faire intervenir l'antisepsie intestinale, est un complément indispensable du traitement local, autrement plus important que dans la plupart des cas d'impétigo; mais ce serait s'illusionner que d'espérer guérir un cas d'ecthyma par une thérapeutique interne, si appropriée qu'elle soit.

Toujours il faut recourir à un *traitement local*. institué et suivi rigoureusement : à cette condition seulement on pourra venir à bout de tous les cas d'ecthyma, mais on en viendra toujours à bout, si ancienne que soit l'affection.

La phthiriase, la gale, s'il y a lieu, seront traitées aussitôt que possible.

Pour peu que les lésions soient étendues, on appliquera un pansement antiseptique humide (solution de sublimé à 1 pour 2000 ou 3000, solution de phéno-salyl à 1 pour 300), qui fera tomber les croûtes; le pansement sera changé 2 fois par jour

et on profitera de son changement pour laver soigneusement toutes les ulcérations avec une solution de sublimé au 1000e. Ce pansement sera plus nécessaire encore lorsqu'il existe des lésions des voies lymphatiques. Si les téguments supportent bien le pansement humide, s'il ne se produit pas d'excoriations susceptibles de se réinfecter, ce mode de traitement est de beaucoup supérieur aux autres et donne des résultats beaucoup plus rapides. Nous conseillons en tous cas de commencer par lui pour désinfecter le mieux possible les ulcérations et la peau adjacente.

Lorsque le pansement humide est mal supporté ou lorsque les lésions sont trop limitées pour paraître l'exiger, on recourra aux applications émollientes (cataplasmes pendant un ou deux jours au plus, – si on les prolongeait davantage, on risquerait d'amener le ramollissement de la peau et des inoculations secondaires, — pulvérisations tièdes, etc.) pour faire tomber les croûtes ; puis on fera des badigeonnages au naphthol camphré, on pansera les ulcérations — toutes les ulcérations sans exception, cela est essentiel — avec une rondelle d'emplâtre de Vigo, d'emplâtre rouge de Vidal ou d'emplâtre adhésif boriqué, ou avec un linge enduit d'un mélange à parties égales de vaseline et de masse emplastique de Vigo (Besnier); l'emplâtre sera changé au moins une fois par jour et les ulcérations lavées avec une solution de sublimé à 1 pour 1000.

Les ulcérations persistantes, rebelles aux traitements précédents, doivent être touchées au nitrate d'argent, parfois pansées à l'alcool camphré. Chez certains sujets cachectiques dont l'ecthyma affecte la

forme térébrante, on se trouvera mieux de pansements secs au salol, à l'iodoforme, au dermatol, etc. ; mais toujours à la condition d'avoir fait précéder leur emploi de pansements antiseptiques humides pendant quelques jours.

Dans les ecthymas à tendance gangréneuse, on recourra de préférence aux pansements avec l'alcool camphré ou le vin aromatique.

Il est à peine besoin de dire que, lorsque l'ecthyma occupe les membres inférieurs, le malade devra conserver le repos absolu au lit : c'est là une règle constante, quelle que soit la nature des lésions inflammatoires occupant ce siège.

FURONCLE.

Exposé clinique et étiologique. — Bien que cette affection soit plus spécialement du ressort de la chirurgie, nous devons la mentionner ici, renvoyant seulement aux traités de thérapeutique chirurgicale pour l'étude de sa forme la plus grave, l'anthrax.

Le furoncle est une inflammation des glandes pilo-sébacées, caractérisée au début par une induration circonscrite et acuminée, avec rougeur de la peau, qui s'étend pendant quatre ou six jours; puis son centre blanchit, se perfore, donne issue à un bourbillon. La douleur, très vive au début, s'atténue alors. L'ulcération laissée par la sortie du bourbillon se cicatrise rapidement. Mais fréquemment des lésions semblables se développent au voisinage de la première ou à distance, constituant une véritable maladie connue sous le nom de furonculose, laquelle peut, si elle

est abandonnée à elle-même, persister pendant des mois, par suite de réinoculations successives.

Les furoncles peuvent être l'origine d'infections donnant lieu à des lésions viscérales diverses, en particulier à des méningites, des endocardites, des péricardites, des pleurésies; l'ostéomyélite des adolescents en est aussi parfois la conséquence.

Le furoncle est produit par le staphylocoque doré.

Il se développe fréquemment chez les sujets atteints de diabète, d'albuminurie, de polyurie, et peut provoquer chez eux des complications graves. Les troubles digestifs jouent également un rôle important dans sa production et dans sa pullulation (Bouchard).

Il se transmet par contagion directe ou indirecte : linges de pansement, objets de toilette contaminés par le pus du furoncle, etc.

Traitement. — Les états morbides au cours desquels se développent les furoncles doivent être traités par les médications appropriées. L'antisepsie gastro-intestinale doit également être prescrite, les suppurations externes étant favorisées par les troubles des fonctions digestives et les fermentations dont leurs organes sont le siège.

A cela se réduit le traitement interne de la furonculose : les préparations soufrées et arsenicales souvent préconisées dans cette affection n'ont aucune influence nette sur elle.

Le *traitement local* consiste essentiellement dans l'emploi des antiseptiques et dans l'occlusion des furoncles suppurés.

Le meilleur topique contre les furoncles est incontestablement le sublimé, en solution à 1 pour 1000 ou 2000, lorsqu'il est supporté; on évitera les solutions de sublimé dans l'alcool même très dilué, qui

sont plus irritantes que les solutions dans l'eau pure ou additionnée de sel marin. Si le sublimé est mal supporté, on recourra aux pansements avec une solution phéniquée faible ou à l'eau boriquée.

Les pulvérisations tièdes d'eau phéniquée à 1 0/0 jouent à la fois le rôle d'antiseptique et celui de calmant; elles doivent être répétées, au début surtout, 3 ou 4 fois par jour, pendant 10 à 15 minutes chaque fois. Lorsque la suppuration diminue, les pansements humides peuvent être remplacés par l'occlusion au moyen de rondelles d'emplâtre de Vigo ou, s'il est irritant, d'emplâtre rouge de Vidal, renouvelées une ou plusieurs fois par jour suivant l'abondance de la suppuration, en ayant soin de laver la plaie avec une solution de sublimé chaque fois qu'on change l'emplâtre.

On a proposé, dans le but de faire avorter les furoncles, toute une série de topiques. Celui qui paraît mériter le plus de confiance est la teinture d'iode, en badigeonnages répétés; son emploi doit être commencé dès l'apparition des nodosités.

Les pansements antiseptiques humides, aidés des pulvérisations phéniquées, calment généralement la douleur vive du furoncle. Ils remplacent, à ce point de vue, l'ancien cataplasme, employé comme émollient, que les auteurs s'accordent presque unanimement aujourd'hui à proscrire : servant de milieu de culture au staphylocoque, il provoque des inoculations multiples et indéfinies de furoncles.

L'incision du furoncle a l'avantage de calmer rapidement la douleur, en débridant les tissus enflammés; mais elle ne hâte pas la guérison; elle peut être faite au bistouri ou au fer rouge.

Les pansements antiseptiques, soigneusement faits

et suffisamment rapprochés, sont certainement le meilleur traitement prophylactique de la furonculose : il est indispensable d'inculquer cette notion au patient, qui a toujours tendance à chercher dans une médication interne le remède à une affection dont il peut et doit venir à bout par un traitement externe rigoureux, et qui parfois aussi attribue aux lésions cutanées une action favorable sur sa santé générale, alors qu'au contraire elles l'exposent à des complications graves, voire même mortelles.

La désinfection rigoureuse des vêtements et des linges qui ont été en contact avec les furoncles et leurs sécrétions est de toute nécessité, pour éviter les repullulations successives et les récidives souvent tardives de la furonculose : les retours saisonniers de cette maladie n'ont le plus souvent pour cause que le port de vêtements dont le malade faisait usage à l'époque où il en était atteint pour la première fois.

PEMPHIGUS ÉPIDÉMIQUE DES NOUVEAU-NÉS.

On observe parfois chez les nouveau-nés une affection épidémique, sévissant surtout dans les maternités et les hospices d'enfants assistés, caractérisée par le développement de bulles plus ou moins volumineuses, généralement peu nombreuses, dont la rupture est suivie de la production de croûtes jaunâtres. Ces bulles, contrairement à ce qu'on observe dans les manifestations bulleuses de la syphilis héréditaire, respectent les régions palmaire et plantaire ; elles peuvent se développer sur toutes les autres parties du corps.

L'affection se termine par la guérison, sauf lorsqu'elle atteint des enfants athrepsiés.

Elle se développe manifestement par contagion, se transmet aux enfants bien nourris et vigoureux aussi bien qu'aux athrepsiés et aux personnes qui les soignent.

Le contenu des vésicules est inoculable et auto-inoculable. L'agent pathogène serait, d'après Almquist, un microcoque particulier; mais de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce sujet.

Traitement. — En dehors des indications fournies par l'état général des enfants, cette maladie essentiellement bénigne ne nécessite aucun traitement interne.

Le traitement local consiste surtout dans les soins de propreté, bains courts à l'eau de son ou d'amidon, lotions fréquentes avec une solution antiseptique faible ou astringente (décoction de feuilles de ronces, d'écorce de chêne, etc.) et dans l'application de poudres inertes, talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, dermatol, additionnées de salol ou d'iodoforme.

VERRUES

Exposé clinique et étiologique. — Les verrues sont constituées par des papillomes de petites dimensions, généralement multiples.

On en distingue plusieurs variétés :

1° Les verrues vulgaires, connues de tous, occupant généralement les parties découvertes ; particulièrement fréquentes chez les sujets habitant la campagne, saillantes, atteignant parfois les dimensions d'une lentille et au delà, ces verrues sont con-

tagieuses et auto-inoculables, vraisemblablement d'origine parasitaire.

2° Les verrues planes, de dimensions moins considérables, formant une saillie à peine marquée, dont la surface est presque uniforme, de coloration jaune pâle, occupant en très grand nombre la face et le dos des mains; elles s'observent surtout chez les sujets jeunes, d'où le nom de verrues planes juvéniles. Elles sont auto-inoculables et très probablement contagieuses.

3° Les verrues séborrhéiques, qui ne sont ni inoculables ni contagieuses et sont indépendantes des verrues vulgaires; elles seront étudiées avec les séborrhées (T. II, p. 125).

4° Les verrues télangiectasiques, également non contagieuses, qui méritent mieux le nom d'angiokératomes (Voir T. II, p. 46).

Traitement. — On a attribué à divers médicaments la propriété de provoquer la disparition des verrues. Tels sont ; l'arsenic, la teinture de thuya, administrée à la dose de 40 à 80 gouttes par jour en même temps qu'on en badigeonne les verrues, et la magnésie décarbonatée. Cette dernière substance, proposée par Colrat (de Lyon), qui l'administre à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour pendant plusieurs semaines, a été expérimentée à doses plus élevées par M. Besnier et par M. Brocq, qui n'en ont obtenu aucun résultat; les essais que nous en avons faits n'ont pas été plus satisfaisants ; mais il n'y a aucun inconvénient à l'employer chez les sujets qui redoutent une intervention active. Quant à l'arsenic et à la teinture de thuya, leurs bénéfices sont aussi hypothétiques.

Le *traitement des verrues vulgaires* peut être réalisé

par deux procédés : l'exfoliation des productions papillomateuses sous l'influence de divers agents chimiques, ou leur destruction par les caustiques chimiques ou thermiques.

Le premier de ces procédés comprend l'emploi de la résorcine, du naphthol camphré et surtout du savon noir et de l'acide salicylique, qui altèrent la nutrition de l'épiderme et en provoquent la chute.

Le savon noir est employé en nature, étendu en couche uniforme sur des bandelettes de toile ou de flanelle avec lesquelles on recouvre les parties atteintes de verrues et qu'on laisse en place constamment, ou de préférence seulement pendant la nuit ; elles sont maintenues au moyen d'un gant ou d'un masque : le matin, les parties sont lavées à l'eau chaude, puis poudrées à l'amidon ou avec une poudre renfermant 1 à 4/100 d'acide salicylique ; après trois à quatre applications, la surface des verrues commence à s'exfolier ; par le grattage avec le dos d'un couteau ou avec une curette non tranchante, on détache leur revêtement, et on continue les applications jusqu'à ce que les papillomes aient complètement disparu. Si l'irritation des parties adjacentes devenait trop intense, on suspendrait les applications de savon noir pour quelques jours et, pendant ce temps, on les recouvrirait de pommade à l'oxyde de zinc ou on les poudrerait avec une poudre salicylée. Ce mode de traitement est surtout applicable aux verrues du dos des mains, lorsqu'elles sont en grand nombre ; à la face, il nécessite plus de prudence et doit être surveillé de près.

L'acide salicylique peut être employé sous forme de pommades ou de collodion. L'action des pommades renfermant 5 à 10 0/0 d'acide salicylique est

toujours lente et peu marquée ; elles ne sont applicables qu'aux verrues de petites dimensions occupant la face.

Les emplâtres renfermant 10 à 20 0/0 d'acide salicylique, additionné ou non de résorcine à la dose de 5 à 10 0/0, sont plus actifs : tous les 2 ou 3 jours, on enlève l'emplâtre pour le renouveler et on détache par le grattage les couches épidermiques exfoliées.

Le collodion élastique saturé d'acide salicylique constitue également un bon mode de traitement des verrues : on renouvelle les badigeonnages dès que l'enduit se détache, après avoir enlevé toute la portion de la verrue qui vient facilement au grattage. Parfois cependant son emploi est suivi d'une irritation assez vive qui force à en suspendre l'usage.

Les emplâtres habituellement employés en dermatologie et particulièrement l'emplâtre diachylon et l'emplâtre de Vigo, peuvent être utilisés pour décaper les verrues par macération, mais leur action est toujours lente; ils ne peuvent guère servir qu'à décaper superficiellement les lésions sur lesquelles on fera agir des substances plus énergiques.

Kaposi recommande, dans le traitement des verrues multiples de la face, une pâte composée de 20 grammes de fleur de soufre, 50 grammes de glycérine, et 10 grammes d'acide acétique pur concentré, qui est étalée sur des carrés de toile appliqués sur la peau pendant la nuit.

La plupart des acides forts peuvent être employés pour détruire les verrues, en particulier l'acide nitrique, l'acide chromique, l'acide phénique déliquescent, l'acide acétique cristallisable, l'acide lactique. On les applique au moyen d'un petit morceau de bois, une allumette par exemple, taillé en pointe et

trempé dans l'acide ; l'acide doit seulement humecter le bois sans s'écouler en goutte à son extrémité, et on le dépose sur la verrue sans atteindre les parties voisines; celles-ci peuvent, suivant le conseil de M. Besnier, être protégées au moyen d'une couche de collodion. Les applications sont renouvelées tous les trois ou quatre jours après décapage de la surface au moyen du grattage.

Le nitrate acide de mercure peut être utilisé dans le même but et de la même façon; mais son usage sera réservé aux cas de verrues peu nombreuses, en raison des accidents d'intoxication mercurielle qu'il peut provoquer; de même le sublimé corrosif, sous la forme de collodion au 50°, ne sera jamais employé qu'avec précaution.

Le suc laiteux de l'euphorbe est souvent employé comme caustique par les habitants des campagnes.

Les badigeonnages avec le crayon de nitrate d'argent, faits après décapage de la surface, constituent un moyen un peu lent, mais facile et inoffensif (Besnier).

La cautérisation ignée avec la pointe fine du thermo-cautère ou mieux avec le galvano-cautère, avec ou sans anesthésie par le chlorure de méthyle, est, dans les cas rebelles aux traitements précédents, d'un emploi facile et d'une efficacité rapide. Elle est indiquée d'emblée lorsque les verrues ont acquis un certain volume et lorsqu'elles occupent les régions péri-unguéales et sous-unguéales, points dans lesquels elles sont particulièrement gênantes et rebelles.

Parfois, dans des cas de verrues très volumineuses, il sera utile, pour activer le traitement, d'extirper à la curette, après anesthésie au chlorure de méthyle, la plus grande partie de la masse et de cautériser sa

base d'implantation au thermo-cautère ou au galvano-cautère.

La destruction complète d'une verrue passe pour amener la disparition graduelle des autres lésions similaires : le fait doit être fort rare, car M. Besnier ne l'a jamais observé. On devra donc autant que possible traiter simultanément toutes les verrues dont le sujet est porteur.

En résumé, lorsque les verrues sont volumineuses et peu nombreuses, destruction par les acides forts ou par la cautérisation ignée.

Lorsqu'elles sont nombreuses, décapage par le savon noir, ou par les emplâtres salicylés ou simples, qui suffisent à détruire les verrues de petites dimensions ; puis cautérisation chimique ou thermique des plus volumineuses et des plus résistantes.

Le *traitement des verrues planes juvéniles* est très analogue à celui des verrues vulgaires. Leur prédilection pour les sujets jeunes dont les téguments sont facilement irritables, leur siège fréquent à la face obligent seulement à choisir, parmi les modes de traitement précédents, ceux qui provoquent le moins de réaction inflammatoire. En raison du volume restreint de ces lésions, on n'aura jamais besoin d'employer les caustiques. On aura recours aux préparations salicylées, de préférence sous la forme de pommades faibles (5 à 10 0/0), additionnées de résorcine, ou d'emplâtres salicylés, ou aux applications de savon noir, pur ou étendu de parties égales d'axonge ou de vaseline ; on suspendra ou on éloignera les applications de ces topiques, et on les remplacera par des pommades à l'oxyde de zinc légèrement salicylées comme la pâte de Lassar, si elles provoquent une inflammation trop prononcée ; les poudres

salicylées pourront être employées également comme adjuvant des moyens précédents. En raison de la modération avec laquelle ces applications doivent être faites, des interruptions fréquemment nécessaires dans le cours du traitement, la durée de celui-ci sera nécessairement plus longue que pour les verrues vulgaires.

VÉGÉTATIONS

Exposé clinique et étiologique. — Les végétations ou condylomes acuminés, sont des papillomes de volume généralement plus considérable que celui des verrues, dont la surface est hérissée de prolongements papillaires plus ou moins longs, qui les ont fait comparer à des choux-fleurs ; lorsqu'elles atteignent un certain volume, leur base est généralement moins large que leur partie moyenne (végétations pédiculées). Elles occupent presque uniquement les organes génitaux externes (gland, vulve), l'orifice anal et les plis génito-cruraux et interfessiers. Elles se développent chez les sujets atteints d'affections suppuratives d'origine vénérienne (blennorrhagie) ou non vénérienne (balanite, leucorrhée de la grossesse, rectite, vaginites et métrites), et sont vraisemblablement d'origine microbienne.

Traitement. — Le volume, souvent considérable, de ces lésions se réduit lorsque l'écoulement qui en est la cause déterminante disparaît ou diminue. La première indication est donc de traiter la cause de cet écoulement : injections sous-préputiales de nitrate d'argent dans la balanite, injections légèrement antiseptiques dans la rectite et dans la leucorrhée, introduction de tampons d'ouate dans le vagin, etc.

Diverses substances pulvérulentes, en desséchant la surface des végétations, déterminent la compression de leurs vaisseaux et par suite leur diminution de volume, leur flétrissement et leur chute lorsque leurs dimensions ne sont pas excessives. Les poudres inertes (talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth) peuvent arriver à ce résultat; l'alun, en raison de ses propriétés astringentes, est déjà plus actif; mais les deux substances auxquelles on doit donner la préférence sont la poudre de sabine et l'acide salicylique, employés purs ou mélangés de poudre de talc; le mélange à parties égales d'acide salicylique et de poudre de sabine, constitue une préparation active, vantée récemment par Gémy (d'Alger), et qui provoque rapidement la dessiccation et la chute des végétations de volume petit ou moyen. Ces poudres sont appliquées sur toute la surface des végétations après qu'elles ont été lavées avec une solution légèrement antiseptique ou astringente (eau boriquée, solution de sublimé au 1000[e], eau blanche, solution d'alun, etc.) et essuyées avec un tampon d'ouate hydrophile ; elles sont maintenues au moyen d'une légère couche d'ouate et d'un pansement approprié ; une nouvelle couche de poudre est appliquée chaque jour; lorsque les végétations sont desséchées, il suffit d'un raclage à la curette pour les faire tomber sans qu'il se produise d'écoulement sanguin, et leur base d'implantation est saupoudrée de talc.

Ce traitement réussit très bien et s'applique au plus grand nombre des cas de végétations des organes génitaux; cependant, en raison de ses propriétés abortives, l'emploi de la poudre de sabine doit être proscrit dans les végétations qui se développent dans le cours de la grossesse

Les badigeonnages de tanin, en solution aqueuse de consistance sirupeuse, flétrissent les végétations, réduisent leur volume, mais ne les font pas disparaître : en raison de leur innocuité, elles sont particulièrement recommandables dans les végétations de la grossesse (Tarnier).

La cautérisation avec les acides forts (acide chromique, acide nitrique, acide acétique cristallisable, acide phénique pur) ne convient que lorsque les végétations sont peu volumineuses et sessiles ; elle sera faite avec les précautions que nous avons indiquées à propos des verrues ; le nitrate acide de mercure peut être également employé, mais avec précaution en raison de ses propriétés toxiques.

Lorsque les végétations sont nombreuses ou lorsqu'elles ont atteint un volume considérable, les meilleurs modes de traitement sont l'ablation au bistouri ou aux ciseaux suivie de la cautérisation de la base d'implantation au thermo-cautère ou au galvano-cautère, et la section de cette base avec ces derniers instruments ; sauf le cas de végétations très volumineuses et nombreuses, ces opérations peuvent être presque toujours pratiquées sans anesthésie ; l'ablation avec la curette tranchante est plus douloureuse que la section aux ciseaux ou au bistouri et ne présente pas d'avantages marqués.

Chez les femmes enceintes, ces intervention actives seront toujours proscrites.

La ligature du pédicule avec un fil de soie ou un fil élastique provoque le flétrissement et l'atrophie des végétations, leur chute en quelques jours ; mais la mortification qu'elle détermine s'accompagne, au contact des secrétions purulentes qui sont la

cause ordinaire des végétations, de putréfaction de celles-ci, aussi doit-elle être rejetée dans la plupart des cas.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Exposé clinique et étiologique. — Sous le nom de molluscum contagiosum dû à Bateman, et sous ceux moins satisfaisants d'acné varioliforme (Bazin), d'épithélioma contagiosum (Neisser), on désigne une affection caractérisée par le développement de petites tumeurs transparentes, d'abord sessiles, souvent pédiculées, plus tard déprimées à leur partie centrale, dont les dimensions varient ordinairement de celles d'un grain de mil à celles d'un pois, mais peuvent atteindre des proportions plus considérables. Le signe caractéristique de cette affection est la possibilité de faire sortir des tumeurs, par la pression, une masse ferme, formée de petits lobules blanchâtres, allongés, résistants, du volume d'un grain de mil.

Cette affection, bien plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, peut se développer sur toutes les parties du corps, mais de préférence sur la face (front, pourtour des yeux en particulier).

Les lésions se multiplient par auto-inoculation et se transmettent par contagion, comme le prouvent les épidémies de famille, d'écoles et d'hôpitaux. Son parasite est encore inconnu. Malgré la comparaison faite avec l'acné, le molluscum contagiosum paraît se développer indépendamment des glandes sébacées.

Traitement. — Les traitements internes sont sans effet sur cette affection.

Les badigeonnages de teinture d'iode, les application de pommades mercurielles, d'emplâtres salicylés peuvent, chez quelques sujets à peau mince, suf-

fire à provoquer une exfoliation épidermique qui entraîne les plus petits éléments du molluscum.

Lorsque ceux-ci ont atteint un certain volume, la cautérisation ignée et mieux encore l'ablation leur sont seules applicables. L'ablation peut être faite par simple expression de la tumeur, que l'on comprime entre les ongles des pouces. Il est préférable de l'exciser avec les ciseaux si elle est pédiculée ou de l'enlever avec une curette tranchante. Cette petite opération est suivie d'un écoulement de sang assez notable, qui nécessite parfois la cautérisation au nitrate d'argent ou au feu; elle ne laisse à sa suite qu'une cicatrice très minime, laquelle cesse d'être visible au bout de quelques semaines. Lorsque la tumeur a été enlevée complètement, elle ne récidive jamais.

Le développement des tumeurs étant très lent, il arrive souvent que des éléments passent inaperçus à l'examen le plus attentif; on devra donc, après avoir détruit ou extirpé toutes les tumeurs appréciables, revoir le malade au bout de quelques semaines pour compléter le traitement. Dans les cas rares où le molluscum est généralisé, la surveillance devra être plus prolongée et ce n'est qu'après plusieurs séances opératoires qu'on arrive à la guérison complète.

BOUTON ENDÉMIQUE DES PAYS CHAUDS

Exposé clinique et étiologique. — Décrite sous des noms divers dérivés de ceux des localités multiples où elle a été observée, cette affection, contagieuse et inoculable, est caractérisée par le développement, après une période d'incubation pouvant durer plusieurs semaines, d'une saillie papuleuse, rouge ou

terreuse, recouverte de squames circulaires plus ou moins épaisses. Sur cette saillie, qui atteint peu à peu le volume d'un pois ou d'une fève, apparaissent vers le quatrième mois de petites vésicules correspondant parfois aux follicules pileux, recouvrant une sorte de bourbillon et dont la rupture donne lieu à une ulcération.

Cette ulcération, recouverte de croûtes épaisses, sèches et adhérentes, de coloration blanc jaunâtre ou brunâtre, dépasse rarement le tissu cellulaire sous-cutané ; son fond, parfois lisse et rosé, est plus souvent irrégulier, mamelonné, grisâtre, d'aspect papillomateux, surtout à une période avancée; ses bords sont taillés à pic, irréguliers, forment souvent un bourrelet assez épais et sont entourés d'une zone livide ou terreuse dans laquelle on voit de petits grains jaunes; ils peuvent être décollés et présenter des trajets sous-cutanés par lesquels communiquent plusieurs ulcérations voisines.

Au bout d'un temps variant de deux à six mois, pendant lequel l'ulcération reste à peu près indolente, ses bords s'affaissent; elle se répare de la périphérie vers le centre et laisse après elle une cicatrice indélébile, d'abord livide ou brune, plus tard blanche, sur laquelle les poils ne repoussent jamais.

Quelquefois représentée par un seul élément, l'affection se traduit le plus souvent par plusieurs lésions semblables (de 2 à 5 jusqu'à 15 et 20 dans quelques cas rares.)

Elle occupe presque exclusivement les parties découvertes : face, mains, partie inférieure des avant-bras, pieds et jambes; elle est exceptionnelle sur le tronc.

Le bouton endémique s'observe surtout dans les pays d'Orient : au Maroc (bords de la Malouïa), en Algérie (Biskra, Gafsa, Laghouat, les Zibans, le Sahara), en Tunisie, en Égypte (vallée du Nil, Le Caire, Suez), à l'île de Chypre, en Syrie (Alep, certains villages du Liban), en Mésopotamie (Orfa, Mossoul, Bagdad), en Asie Mineure (Brousse), en Perse (Téhéran, Ispahan), dans l'Inde (Bombay, Guzerat, Delhi), dans le Turkestan. Les divergences dans les descriptions données par les auteurs qui l'ont observé dans ces diverses régions sont trop légères pour qu'il faille en admettre des variétés différentes suivant les pays.

Cette affection s'observe aussi bien chez les indigènes de ces régions que chez les voyageurs. chez les sujets vigoureux que chez ceux épuisés par une maladie antérieure. Elle paraît plus fréquente en automne (Algérie, Alep) ou après la saison des pluies (Inde). Elle succède à des lésions cutanées très diverses et souvent minimes (plaies, écorchures, piqûres de moustiques, eczéma, impétigo, etc.) et paraît être due à leur infection par un agent pathogène contenu dans les eaux servant aux ablutions. Le paludisme, auquel on l'a rapportée, est certainement hors de cause.

On a rencontré dans les lésions du bouton endémique un coccus (Duclaux, Chantemesse, Depéret et Boinet, Leloir) qui paraît être l'agent de production et de transmission de cette affection, dont la contagion n'est pas douteuse.

Prophylaxie. — Le pansement régulier et antiseptique de toutes les solutions de continuité chez les sujets habitant les régions où se développe le bouton endémique constitue, comme pour toutes les affec-

tions d'origine externe, la meilleure mesure prophylactique contre cette affection. On évitera en outre les piqûres d'insectes et surtout de moustiques qui jouent probablement un rôle dans sa transmission, et on ne se servira pour la toilette que d'eau bouillie. La désinfection des vêtements et des linges souillés par les sécrétions des malades complètera la prophylaxie.

Quelques auteurs, en raison de la rareté des récidives, ont proposé l'inoculation préventive aux membres pour empêcher le développement de la maladie sur le visage, mais cette sorte de vaccination n'a pas fait suffisamment ses preuves pour pouvoir être conseillée.

Traitement. — Le traitement général n'a aucune influence directe sur la maladie : le fer, le quinquina, l'arsenic peuvent être indiqués par l'état général du sujet, mais, pas plus que la quinine, ne modifient les lésions locales.

La plupart des auteurs conseillent de respecter les croûtes et prétendent que c'est le meilleur moyen d'obtenir la cicatrisation. Quoique la maladie tende à guérir spontanément, nous croyons avec M. Besnier qu'il ne faut pas admettre cette thérapeutique expectante, qui semble trop dérivée du fatalisme des Orientaux. Une intervention énergique par les caustiques et surtout par la cautérisation ignée profonde au moyen d'une grosse figure de thermo-cautère est infiniment plus rationnelle et presque toujours applicable aux membres, que les lésions soient ou non ulcérées. Après la cautérisation, qui doit détruire tous les tissus envahis et être suivie de pansements antiseptiques rigoureux pour éviter toute contamination ultérieure, les injections interstitielles de su-

blimé, d'acide phénique et de teinture d'iode mériteraient d'être expérimentées, suivant un procédé analogue à celui employé dans le traitement de la pustule maligne.

Au visage, la cautérisation profonde provoque la formation de cicatrices trop apparentes pour peu que le bouton soit étendu; on peut se contenter des pansements antiseptiques, avec le sublimé de préférence, après épilation de la bordure s'il y a lieu, ou recourir à des cautérisations superficielles chimiques ou thermiques, ou encore panser avec des poudres astringentes ou antiseptiques (sous-carbonate de fer, iodoforme, salol, aristol, dermatol) ou les emplâtres adhésifs habituels.

ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS

Exposé clinique et étiologique. — Nous rangeons l'ulcère phagédénique des pays chauds à la suite du bouton endémique, bien que nous conservions quelque doute sur la spécificité de cette affection. Il se peut fort bien, comme le pense M. Besnier, qu'il s'agisse en pareil cas d'ulcères modifiés sous l'influence seule des conditions matérielles : climatériques, hygiéniques, sociales, etc., auxquelles sont soumis les sujets vivant dans certaines régions. La question demande donc, à notre avis, de nouvelles études.

M. Treille décrit deux formes d'ulcère phagédénique :

1° La forme légère, la plus fréquente, débute par une petite lésion papuleuse et prurigineuse, qui

devient bientôt rouge, luisante, s'excorie sous l'influence du grattage et se rompt; les bords se soulèvent sous forme de bourrelet entouré d'une auréole inflammatoire, sont roulés en dedans, déchiquetés; il se produit des décollements étendus ; la suppuration est abondante et de mauvaise odeur, le fond de l'ulcération est rouge, très anfractueux, recouvert d'un putrilage caséiforme qui peut atteindre un à deux centimètres d'épaisseur. L'ulcération, de forme circulaire, douloureuse au toucher, se répare lentement et sa guérison est parfois entravée par des récidives.

2° La forme grave présente les mêmes symptômes, mais plus intenses : l'ulcération rapidement s'étend en surface et en profondeur, détruisant tous les tissus, même les cartilages et les os qui peuvent être simplement enflammés (périostite parfois phlegmoneuse); les artères peuvent être ulcérées; les ganglions lymphatiques sont enflammés. La guérison peut encore survenir lentement, laissant des cicatrices vicieuses, des déformations, parfois même avec chute d'une portion de membre. D'autres fois, le malade succombe à la suite d'accidents septicémiques ou dans le marasme.

Ces lésions, qui occupent ordinairement les jambes, plus rarement les membres supérieurs, peuvent se développer à la suite d'excoriations très minimes des téguments (lésions de grattage, piqûres de moustiques, etc.), ou se greffer sur des lésions cutanées diverses (ulcérations syphilitiques ou autres, ecthyma, etc.).

Elles s'observent surtout dans les régions basses et marécageuses d'une grande partie de la zone intertropicale, et spécialement sur les côtes occidentale

et orientale de l'Afrique (Sénégal, Mozambique), en Arabie (Yémen), dans l'Inde, en Cochinchine et au Tonkin, à la Guyane, aux Antilles.

Les auteurs sont à peu près tous d'accord pour faire jouer un grand rôle à la déchéance de l'organisme, sous l'influence de la dysenterie et du paludisme. Les microorganismes pathogènes ne sont sans doute pas sans influence sur le développement des accidents, qui rappellent la marche des gangrènes microbiennes, et la contagion observée dans certains cas semble le prouver ; reste à savoir si l'agent infectieux est toujours le même et s'il mérite qu'on le considère comme spécifique.

Prophylaxie. — Le pansement occlusif et antiseptique de toutes les solutions de continuité des téguments est, ici encore, avec l'interdiction de marcher pieds nus et nu-jambes dans la vase et dans l'eau, la mesure prophylactique la plus efficace.

Traitement. — On doit s'efforcer, par un traitement général tonique (fer, quinquina, arsenic) et par une alimentation convenable, de relever les forces du malade, et traiter la syphilis, le paludisme, la dysenterie, etc., dont il peut être atteint.

Quant au traitement local, il devra calmer, par des applications émollientes et par la position convenable du membre, les phénomènes inflammatoires du début, désinfecter les ulcérations par des lavages et des pansements antiseptiques. Lorsque, par ces moyens, on aura amené l'ulcère à l'état à peu près aseptique, on le pansera par les moyens usités contre les ulcères vulgaires (Voir T. II, p. 74).

Dans les formes graves, profondément ulcéreuses, on n'aura d'autre ressource pour sauver le malade que d'amputer le membre : mieux vaudra, pour en arriver

à cette extrémité, ne pas attendre que le patient soit miné par une suppuration abondante. Les auteurs recommandent avec raison de pratiquer l'amputation au-dessus de la zone d'anesthésie qui entoure l'ulcère, afin de se mettre à l'abri de la mortification du moignon.

PIAN OU FRAMBŒSIA

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous ce nom une sorte de fièvre éruptive, plutôt qu'une affection cutanée, qui est caractérisée par le développement, sur la peau et sur les muqueuses, de tuméfactions rouges rappelant l'aspect des framboises.

Cette affection, qui s'observe sur les côtes occidentale et orientale d'Afrique, à Madagascar, en Nouvelle-Calédonie, aux Antilles, à la Guyane, est ou paraît être identique à la verruga, ou bouton des Andes, observée au Brésil et au Pérou, aux boubas du Brésil, aux yaws de la Guyane, à la tonga de la Nouvelle-Calédonie, au bouton des Moluques.

Après une période d'incubation de 6 semaines à 3 mois, elle débute par des phénomènes généraux : rachialgie, céphalalgie, douleurs articulaires, sensation de lassitude, fièvre rémittente, etc. ; puis apparaît, en un point variable du corps, le plus souvent sur la face, une vésicule très prurigineuse et bientôt purulente, qui s'entoure d'une couronne de vésicules nouvelles lesquelles se réunissent pour former une bulle ; celle-ci ne tarde pas à se rompre et laisse à sa place une ulcération qui bourgeonne pour former une excroissance rouge pâle, à surface grenue, ayant quelque ressemblance avec une framboise ou une

fraise, recouverte d'une croûte ; cette lésion primitive persiste jusqu'à la fin de la maladie et laisse après elle une cicatrice analogue à celle de la vaccine. Bientôt se développent sur tout le corps des vésicules, discrètes ou confluentes, se transformant en croûtes irrégulières d'odeur infecte, moins développées que l'élément primitif ; cette éruption secondaire est complète en 8 ou 10 jours, persiste pendant 16 à 18 mois, puis disparaît. Parfois, à cette époque, on voit apparaître à la plante des pieds une ou plusieurs vésicules bientôt remplacées par des excroissances verruqueuses.

Les lésions frambœsioïdes peuvent être plus ou moins développées et varier d'aspect, suivant les localités où on les observe, mais la marche générale de la maladie est toujours la même.

La mort peut survenir, entraînée par des phénomènes cachectiques ou par des hémorrhagies au niveau des lésions cutanées ou au niveau de celles des muqueuses. Elle est surtout fréquente chez les enfants et les vieillards. Chez l'adulte, la guérison est la règle.

La maladie semble ne pas récidiver.

Elle s'observe surtout chez les nègres et particulièrement chez les jeunes enfants.

Elle est contagieuse, se transmet par contact direct ou indirectement par les vêtements, peut-être par les moustiques ou même par l'eau qui sert aux ablutions et aux bains.

Traitement. — Il consiste surtout dans des mesures d'hygiène : soins de propreté, bains fréquents, alimentation saine et abondante.

En raison de la gravité plus grande de la maladie dans les grandes altitudes (Bordier), on fera descendre les malades le plus possible vers la plaine.

Suivant les indications, on donnera des fébrifuges, des antiseptiques intestinaux, des toniques, des calmants s'il y a des douleurs vives et de l'insomnie.

On a encore recommandé l'emploi du mercure, de l'iodure de potassium, de l'iodoforme, de l'acide phénique, du soufre à l'intérieur ; mais ces médicaments ne semblent pas avoir une action bien nette.

Localement, les lésions cutanées seront traitées par des pansements antiseptiques (sublimé, acide phénique, etc.), ou par l'occlusion au moyen des emplâtres ; lorsque la suppuration est peu abondante, on pourra se contenter de l'application de pommades boriquées ou iodoformées ; les fongosités exubérantes seront cautérisées au nitrate d'argent ou au fer rouge.

PINTA OU CARATHÈS

Exposé clinique et étiologique. — Cette affection, fort mal connue, se caractérise par le développement lent, le plus souvent sans prodromes, de taches arrondies, occupant le visage, les membres surtout à la face dorsale des mains et des pieds, et l'abdomen, de coloration noire, rouge, bleue ou blanche, parfois légèrement saillantes, généralement accompagnées de desquamation.

Elle ne cause pas la mort ; mais, surtout chez les sujets âgés, elle altère parfois pour toujours la coloration du visage.

Cette maladie ne s'observe que dans l'Amérique centrale.

Son étiologie est absolument inconnue : on l'a

attribuée sans raison à une alimentation insuffisante ou malsaine et à la malpropreté.

C'est dire que son **traitement** ne repose sur aucune base sérieuse. Il semble qu'il faille surtout donner aux malades une alimentation abondante et tonique, exiger une propreté méticuleuse, peut-être recourir à l'usage interne du sublimé et de l'iodure de potassium (J. Gomez) et à l'emploi des lotions de sublimé.

CHAPITRE III

DERMATOSES ARTIFICIELLES DE CAUSE EXTERNE

Les agents physiques et chimiques interviennent fréquemment pour déterminer, par action directe, des dermatoses (affections provoquées directes de Bazin).

Leurs effets peuvent être modifiés par les tendances individuelles du sujet sur lequel elles s'exercent. Il n'en est pas moins vrai que le rôle de l'agent extérieur est primitif et principal.

Nous étudierons dans ce chapitre les éruptions artificielles dues à des contacts irritants, l'intertrigo, le cor, le durillon, les gerçures et crevasses.

ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES DUES A DES CONTACTS IRRITANTS

Ces dermatoses comprennent les *éruptions professionnelles*, les *éruptions accidentelles*, *médicamenteuses* et *simulées* (1).

Les causes de ces éruptions sont extrêmement

(1) Nous écartons de ce chapitre, malgré leur origine externe, les engelures qui seront décrites avec les érythèmes (T. I. p. 307), les éphélides que l'on trouvera au chapitre des troubles de la pigmentation (T. II., p. 50).

multiples ; nous nous bornerons à en donner la classification et l'énumération.

A. **Dermatoses provoquées par des agents atmosphériques :**

a) *Chaleur :* éruptions des boulangers, des cuisiniers, des chaufourniers, des faïenciers, des verriers, des forgerons, des fondeurs de métaux.

b) *Lumière :* solaire : coup de soleil ; — électrique : coup de soleil électrique chez les employés des usines d'électricité, chez les ouvriers travaillant au four électrique. (Voir T. I, p. 306.)

c) *Vent :* hâle des campagnards, des gens de mer.

B. **Dermatoses provoquées par l'incrustation dans la peau de corps solides ou par l'absorption de substances métalliques ne déterminant pas d'irritation :** tatouages des forgerons et des rhabilleurs de meules : argyrie locale des monnayeurs.

C. **Dermatoses provoquées par des substances agissant en vertu de leurs propriétés physiques** (macération dans l'eau) : blanchisseurs, plongeurs des restaurants, employés des établissements de bains.

D. **Dermatoses provoquées par des substances agissant en vertu de leurs propriétés chimiques.**

a) *Corps inorganiques et produits chimiques définis.*

Acides purs ou étendus (acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, phénique, chrysophanique, etc.), métaux, métalloïdes et oxydes métalliques (potasse caustique, chaux vive, soude, ammoniaque, mercure, brome, chlore, arsenic, soufre, iode) ; sels minéraux (sels de mercure, d'arsenic, sulfate de chaux, chlorures de sodium, de zinc et de platine ; sels d'antimoine, de chrome, etc.).

Composés organiques : sels de quinine, iodoforme,

chloroforme; huiles minérales : pétrole, schiste.

A l'action de ces corps se rattachent les éruptions professionnelles des chimistes, des droguistes, des fabricants de couleurs, des teinturiers, des chirurgiens, des plumassiers, des électriciens, des galvaniseurs, des savonniers, des blanchisseurs, des maçons, des plâtriers, des graveurs, des raffineurs de pétrole, des épiciers, etc.

b) *Produits organiques non altérés :*

d'origine animale : cantharides (ouvriers recueillant et préparant les cantharides); vers à soie (mal de ver ou de bassine chez les ouvriers qui dévident les cocons), divers papillons;

d'origine végétale : huiles essentielles, térébenthine (dermatoses des teinturiers et des ébénistes), essence d'oranges amères (chez les ouvriers employés à les peler), goudrons, huile de cade, rhus toxicodendron, rue, ellébore, clématite (sert à simuler des éruptions, d'où son nom d'herbe aux gueux), renoncules, ortie, moutarde, thapsia; croton tiglium, etc., etc.

c) *Produits organiques altérés par décomposition chimique :*

d'origine animale : graisses rances (éruptions consécutives aux applications de pommades, éruptions professionnelles des imprimeurs, des mécaniciens, des fileurs de laine, etc.); cuirs préparés (éruptions professionnelles des mégissiers, des tanneurs, des criniers); animaux macérés (éruptions des ouvriers en nacre de perle);

d'origine végétale : lin roui (éruptions des fileurs et varouleurs de lin; huiles rances, etc.).

E. Dermatoses provoquées par des substances organiques agissant par l'intermédiaire des agents pathogènes auxquels elles servent de véhicule :

d'origine animale : cuirs et cornes (éruptions des mégissiers, des pelletiers, des ouvriers en cornes), animaux morts (équarisseurs) ou vivants (éruptions professionnelles des vétérinaires);

d'origine végétale : roseaux (maladie des cannes produite par un champignon parasite de l'arundo donax).

Cette énumération, forcément et volontairement très incomplète, montre combien sont multiples et variées les causes extérieures qui peuvent agir sur le tégument.

Elle suffit à faire comprendre combien peuvent être diverses les réactions cutanées dont elles sont l'origine. Encore faut-il ajouter à la diversité des agents l'inégalité de réceptivité des téguments suivant les sujets.

Si certaines des substances que nous venons d'énumérer provoquent chez tous les sujets des lésions à peu près identiques, il en est nombre d'autres qui, moins irritantes, demandent une prédisposition particulière pour déterminer des lésions cutanées. Cette prédisposition ne se traduit souvent que vis-à-vis d'un petit nombre des agents précédents ; elle peut être constante et innée ou résulter d'une modification passagère ou plus persistante de l'économie sous l'influence de troubles des divers viscères : estomac, intestins, reins, foie, utérus ; elle se révèle souvent par la forme de la dermatose tout autant que par la facilité avec laquelle celle-ci se développe.

Les dermatoses artificielles peuvent donc revêtir les formes les plus variées.

Tantôt elles se traduisent par une congestion vasculaire, par un érythème plus ou moins intense, avec ou sans infiltration des téguments, suivi ou non

de desquamation et analogue à la brûlure au premier degré.

Cet érythème peut être accompagné ou suivi du développement de phlyctènes (vésication).

D'autres fois, avec ou sans érythème, on voit apparaître sur le tégument des soulèvements vésiculeux, à évolution plus ou moins rapide, se rompant dans l'espace de quelques heures et ne laissant après eux qu'une mince desquamation, ou plus persistants ; la rupture des vésicules peut être suivie d'une exsudation de sérosité filante, se concrétant en croûtes analogues à celles de l'eczéma, s'accompagner d'infiltration profonde et lichénoïde du derme ; on peut même, chez les sujets prédisposés, voir un eczéma véritable, de longue durée, succéder à une éruption initialement de cause externe.

Les vésicules peuvent, lorsqu'elles sont infectées par les agents pyogènes qui se rencontrent à la surface du tégument, se transformer en pustules de dimensions variées, rappelant les folliculites ou l'ecthyma, d'autres fois évoluant suivant le type de l'impétigo.

Les caustiques déterminent la production de lésions plus profondes encore : eschares sèches ou humides.

La substance irritante peut rester adhérente aux téguments, modifiant l'aspect de l'éruption dont on a ainsi sous les yeux la cause même.

Les éruptions artificielles reproduisent par leur topographie la surface d'application ou d'action des agents irritants : elles sont souvent symétriques, d'autres fois régulières, géométriques. Cependant, lorsqu'elles sont produites par des substances volatiles, elles peuvent dépasser la région en contact direct avec celles-ci, occuper toutes les parties décou-

vertes, souvent même les parties couvertes dont l'épiderme est mince, comme les organes génitaux : les érythèmes vésiculeux de la face, consécutifs aux applications d'emplâtre de thapsia sur le thorax, sont un exemple frappant des éruptions artificielles à distance. En outre, certaines lésions, une fois développées en un point du corps, peuvent, par réinoculations ultérieures, être transportées en d'autres régions.

Les éruptions à type eczématiforme et surtout les éruptions pustuleuses se compliquent fréquemment de lymphangites et d'adénites.

Traitement. — La multiplicité des causes et des caractères cliniques des éruptions artificielles de cause externe rend très complexe l'étude de leur traitement, dont nous ne pouvons indiquer ici que les lignes générales.

Malgré l'apparence purement locale des lésions, il est souvent nécessaire de recourir à un traitement général : la prédisposition individuelle, les états diathésiques, des lésions viscérales diverses jouent un trop grand rôle dans le développement, la persistance et les transformations de nombre d'entre elles pour ne pas appeler l'attention du médecin et nécessiter une thérapeutique appropriée. C'est par une médication sévère, amenant la régularisation des fonctions digestives, rénales, hépatiques ou utérines, qu'on parviendra fréquemment à atténuer une poussée éruptive en activité, parfois à prévenir les retours ultérieurs d'une éruption professionnelle.

La médication préventive est souvent cependant incapable de combattre la prédisposition individuelle à ces dermatoses : il n'y a alors d'autre ressource pour les éviter que d'abandonner la profession qui expose aux contacts irritants ou de protéger les té-

guments contre ces contacts par des vêtements imperméables et des gants de caoutchouc, à moins que les lavages fréquemment répétés et les onctions grasses ne suffisent à ce rôle protecteur.

Le traitement local doit remplir deux indications : 1° débarrasser les téguments des substances irritantes qui ont provoqué l'éclosion des lésions et qui peuvent rester à leur surface ; 2° guérir ces lésions.

On a conseillé, lorsque la dermatose était causée par des substances acides, de faire des lotions avec une solution alcaline, et, lorsqu'elle était produite par des caustiques alcalins, de lotionner avec des solutions acides faibles (eau vinaigrée par exemple). L'action de ces substances est le plus souvent épuisée lorsque le sujet vient consulter le médecin, et il n'y a que rarement indication à les neutraliser.

Les substances pulvérulentes peuvent être enlevées au moyen de lavages et de bains.

Les vernis adhèrent trop à la peau pour espérer les enlever, et leurs dissolvants chimiques risqueraient d'exagérer l'inflammation cutanée : il faut donc se contenter des applications humides qui font tomber plus lentement l'enduit.

Dans les formes érythémateuses simples, le meilleur traitement consiste dans les lavages avec un liquide légèrement astringent ou faiblement antiseptique : eau de camomille, eau de feuilles de noyer, eau boriquée, eau blanche, et dans les larges applications de poudres inertes, parfois les applications de vaseline boriquée. S'il y a des phlyctènes, on les rompra aseptiquement et on pansera à la vaseline boriquée ou, si l'inflammation est intense, au liniment oléo-calcaire.

Dans les éruptions de vésicules fines, abondantes, et

peu durables, comme celles produites par l'acide phénique, le salol, l'iodoforme, les applications de poudres inertes sont de beaucoup préférables à celles de corps gras ; on devra surtout éviter les lavages trop répétés et ne jamais employer de pansements humides.

Les éruptions hydrargyriques se trouvent au contraire rapidement améliorées par les applications de vaseline boriquée suivies de saupoudrage à l'amidon.

Dans les éruptions vésiculeuses se rapprochant de l'eczéma, qui constituent la grande majorité des éruptions professionnelles, le traitement est le même que dans l'eczéma, et consiste surtout dans les enveloppements avec des compresses trempées dans de l'eau bouillie ou dans de l'infusion de camomille, ou dans une solution faiblement antiseptique : eau boriquée, solution de phéno-salyl à 1 pour 500 ; s'il y a des lésions pustuleuses, si surtout les voies lymphatiques sont enflammées, on emploiera de préférence la solution de sublimé à 1 pour 2000, au moins pendant les premiers jours, sauf lorsque l'éruption est provoquée par des composés mercuriels ou lorsque ce pansement provoque une irritation tégumentaire. Si les croûtes sont épaisses, on activera leur chute par des cataplasmes de fécule de pommes de terre ou par des pulvérisations tièdes de liquides antiseptiques.

Lorsque les croûtes seront tombées, dès que le suintement aura cessé ou que la peau commencera à se macérer, on remplacera les pansements humides par des applications de pommades à l'oxyde de zinc ou au bismuth additionnées ou non d'acide salicylique. Nous ne pouvons poursuivre ici l'exposé des méthodes de traitement applicables à ces cas,

qui se confondent au point de vue thérapeutique avec l'eczéma. (Voir T. I, p. 384.)

Les éruptions pustuleuses seront traitées par les applications de vaseline boriquée lorsque les pustules sont peu volumineuses, comme celles qui succèdent aux frictions d'huile de croton, par l'enveloppement avec des compresses imbibées de solution de sublimé et des applications d'emplâtres si elles se rapprochent du type de l'ecthyma. (Voir le traitement de cette affection, T. I, p. 228.)

Les lésions gangréneuses nécessitent souvent les enveloppements humides (solution de sublimé, eau boriquée) qui n'offrent aucun inconvénient ici, la gangrène étant limitée ; les ulcérations qui leur succèdent seront pansées aseptiquement, de préférence à sec et leur réparation sera surveillée attentivement pour éviter les cicatrices vicieuses.

INTERTRIGO

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom d'intertrigo à des lésions caractérisées par le développement, dans les plis cutanés, de placards d'abord érythémateux, pouvant devenir suintants plus tard et prenant alors l'apparence eczémateuse.

Ces lésions débutent par la partie profonde du pli sous forme d'une plaque rouge, prurigineuse, qui s'excorie facilement ou conserve les caractères de l'érythème ; la plaque s'étend, finit par envahir toute la surface d'adossement de la peau, la débordant souvent quelque peu ; elle peut conserver l'aspect purement érythémateux, ou s'accompagner de la production de vésicules qui, en se rompant,

donnent lieu à un suintement séreux plus ou moins abondant et à la formation de croûtes sur la périphérie du placard.

L'intertrigo, dans ses formes légères et purement érythémateuses, disparaît facilement, mais a une grande tendance à récidiver; sa durée est longue dans les formes suintantes et croûteuses.

Il se développe le plus souvent à la partie supéro-interne des cuisses, sur les parties adjacentes des organes génitaux, dans l'espace interfessier, dans les régions inguinales, poplitées, aux aisselles, dans le pli sous-mammaire, plus rarement dans les plis de la paroi abdominale antérieure et à l'ombilic.

L'intertrigo s'observe surtout chez les sujets gras, chez lesquels l'adossement de la peau dans une grande étendue favorise les frottements pendant les mouvements, et l'accumulation dans les plis de tous les produits de sécrétion épidermique; la chaleur et l'humidité déterminent leur macération et leur décomposition sous l'influence des parasites habituels de la peau.

L'absence de soins suffisants de propreté facilite le développement de l'intertrigo; les exercices fatigants, la marche prolongée par les grandes chaleurs le provoquent souvent chez les sujets gras les plus soigneux; il constitue pour certains alpinistes une véritable infirmité.

Chez la femme, la leucorrhée est fréquemment la cause de l'intertrigo crural et l'approche des règles le provoque souvent.

Les sujets atteints d'intertrigo sont le plus souvent des arthritiques, dont l'état diathésique favorise à la fois la tendance à l'obésité, l'exagération des sécrétions cutanées et la vulnérabilité de la

peau : aussi l'intertrigo coïncide-t-il souvent avec l'eczéma, et en particulier l'eczéma séborrhéique, et l'irritation locale peut-elle devenir l'origine d'éruptions eczémateuses véritables. Les troubles digestifs facilitent la production de l'intertrigo et sa transformation eczémateuse.

Traitement. — Malgré le rôle important que jouent les causes locales dans la production de l'intertrigo, le *traitement général* est nécessaire pour combattre la disposition à cette dermatose : ce traitement général est très analogue à celui de l'eczéma (voir T. I, p. 379); il doit lutter contre les tendances constitutionnelles du sujet, combattre la disposition à l'obésité et en même temps les troubles digestifs qui peuvent exister : le régime sec de M. Bouchard, aidé des alcalins et des laxatifs, est, chez beaucoup de sujets disposés à l'intertrigo, le meilleur moyen de venir à bout de cette affection.

Localement, on peut prévenir l'apparition de l'intertrigo par des soins de propreté minutieux, lavages répétés avec de l'eau tiède légèrement alcoolisée, ou avec des liquides faiblement astringents, comme la décoction de feuilles de ronce, de rose de Provins, une solution de borax ou d'alun, l'eau blanche, etc. Après ces lavages, la peau doit être essuyée doucement, puis poudrée au talc, à l'amidon ou à l'oxyde de zinc.

On doit en outre supprimer le contact avec la peau des vêtements irritants, de la flanelle en particulier, interdire l'emploi des tissus de caoutchouc dont les femmes ont l'habitude de garnir leurs corsages et qui exagèrent la transpiration, etc., enfin traiter les affections qui produisent des sécrétions irritantes, comme la leucorrhée.

Lorsque l'intertrigo s'est développé, si l'irritation est peu considérable, les moyens précédents peuvent encore suffire à son traitement; mais, si les parties malades sont fortement enflammées et sécrètent abondamment, il convient de recourir aux émollients : cataplasmes de fécule de pommes de terre, enveloppements humides avec des compresses imbibées de liquides légèrement antiseptiques et lavages répétés avec ces liquides.

Une fois l'irritation calmée, on doit appliquer des pommades ou mieux des pâtes à l'oxyde de zinc additionnées de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique, d'acide phénique ou de menthol, et, en cas d'échec des pommades, revenir à l'emploi des astringents.

COR

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous le nom de cor, ou de tylosis, une hypertrophie localisée de la couche cornée de l'épiderme, qui se prolonge plus ou moins loin dans le tégument sous forme d'un clou (racine du cor) occupant sa partie centrale.

Les cors siègent le plus souvent aux pieds, au niveau des saillies métacarpiennes ou phalangiennes ou entre les orteils, où ils sont aplatis et mollasses (œil de perdrix); ils sont presque toujours dus au port de souliers trop étroits. Ils peuvent également se développer à la plante du pied et à la paume de la main, à la suite de pressions répétées.

Traitement. — Le meilleur moyen prophylactique, qui suffit même à guérir souvent les cors, est l'usage de chaussures convenablement conformées, faites sur mesure. L'application au pourtour du cor

d'une rondelle d'amadou ou de feutre (corn-plaster) suffisamment épaisse et perforée à son centre, en supprimant la pression de la chaussure sur le cor, calme les douleurs provoquées par les cors et arrête leur développement.

Lorsqu'ils sont gênants par leurs dimensions, qu'ils causent des douleurs vives, on peut soit abraser leur partie saillante au moyen d'une lame bien tranchante maniée avec précaution, soit les extirper avec un couteau mousse et fin, opération qui demande une certaine habileté.

Il est préférable de les ramollir par des bains locaux prolongés suivis d'application de poudre de talc ou d'amidon renfermant 2 à 3 0/0 d'acide salicylique, soit par des emplâtres, et, lorsqu'ils sont ramollis, de les détacher avec l'ongle ou mieux avec une spatule ou une curette non tranchante. Les emplâtres de savon mou de potasse, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre adhésif boriqué et surtout, lorsqu'ils sont supportés, les emplâtres renfermant 10 0/0 d'acide salicylique qui ajoute des propriétés kératolytiques à la macération produite par l'emplâtre, ou encore les emplâtres sur papier connus sous le nom de papiers chimiques, méritent la préférence.

L'emploi des caustiques est souvent dangereux et ne saurait être conseillé. Les collodions salicylés ou autres nous paraissent très inférieurs aux emplâtres.

Lorsque les cors sont nombreux, il est parfois préférable de les détruire en une seule séance au moyen de cautérisations ignées.

On ne saurait trop conseiller aux sujets porteurs de cors de tenir les régions malades et les instruments dont ils se servent dans un état de propreté et d'asepsie absolues, des complications inflammatoires

très graves étant souvent la conséquence des interventions tentées contre cette petite infirmité.

DURILLON

Le durillon, ou callosité, est constitué par un épaississement localisé de l'épiderme consécutivement à des pressions ou à des frottements répétés.

Son siège, très variable suivant la cause de ces pressions, dont il peut servir à reconnaître l'origine (durillons professionnels, stigmates de certains métiers), correspond généralement à des saillies osseuses ; le plus fréquemment, les durillons occupent les extrémités (mains et pieds).

Traitement. — Leur traitement, très analogue à celui des cors, consiste surtout dans l'emploi des cataplasmes, ou mieux des emplâtres (savon noir, acide salicylique, etc.), ou de poudres d'amidon ou de talc, renfermant 20 à 30 0/0 d'acide salicylique ; les applications de ces topiques sont répétées pendant plusieurs jours de suite (de 4 à 12 ou 15 jours suivant l'épaisseur du durillon) pour ramollir et exfolier l'épiderme ; après quoi on le fait tomber dans un bain chaud prolongé.

Les soins de propreté et les pansements antiseptiques sont indispensables chez les sujets atteints de durillons, surtout lorsqu'il existe des fissures profondes habitées par des microorganismes divers, qui peuvent devenir l'origine de complications inflammatoires très graves.

GERÇURES ET CREVASSES

Exposé clinique et étiologique. — Les gerçures sont constituées par de petites érosions linéaires,

plus ou moins étendues et de forme variable, comprenant l'épiderme seul et accompagnées souvent d'un léger degré de rougeur de voisinage.

Les crevasses sont plus profondes, intéressent les couches superficielles du derme ; leurs bords sont souvent épaissis, renversés en dehors, leur fond sanguinolent.

Ces lésions sont dues à l'action du froid et de l'humidité, souvent aux deux causes réunies.

Elles s'observent fréquemment aux mains pendant la saison froide, surtout chez les sujets qui se livrent à des professions exigeant le séjour plus ou moins prolongé des mains dans l'eau ou dans des liquides irritants ; l'usage habituel de l'eau chaude pour la toilette, lorsqu'on n'a pas soin d'assécher convenablement les mains avant de s'exposer au froid, y expose également.

On les rencontre encore, surtout chez les sujets lymphatiques, aux lèvres sur leur bord libre ou à son pourtour, et plus rarement à la face en hiver.

Les crevasses du mamelon sont fréquentes pendant la grossesse et surtout la lactation, lorsque les femmes ne prennent pas un soin suffisant de cette région et y laissent séjourner le produit de la sécrétion mammaire, qui s'altère et irrite le tégument; elles rendent l'allaitement douloureux ou impossible et peuvent être la porte d'entrée d'agents infectieux déterminant des abcès du sein.

Traitement. — L'usage exclusif de l'eau froide, de savons non irritants, l'essuyage des mains avec des linges fins suivi de l'application de poudres inertes pour compléter leur assèchement, l'usage de gants souples, suffisent souvent pour protéger contre le développement des gerçures des mains. Beaucoup de

sujets prédisposés se trouvent bien d'enduire les mains pendant la nuit de glycérine pure et neutre, de cold cream très frais ou de lanoline additionnée d'essence de roses.

Ces moyens, les pommades légèrement astringentes (tanin ou extrait de ratanhia au 30°) ou balsamiques (baume du Pérou au 50°), les lotions alcooliques et astringentes (eau-de-vie camphrée étendue d'eau, solution aqueuse de tanin à 1 pour 200, par exemple) suffisent à guérir les gerçures peu développées.

Contre les crevasses, les applications émollientes sont indiquées si elles sont enflammées; sinon, on recourra aux applications de pommade à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, de vaseline boriquée ou aux emplâtres non irritants (emplâtre adhésif boriqué, emplâtre rouge de Vidal).

Le collodion pourra encore être employé contre les gerçures, à la condition qu'il soit très élastique, et on donnera pour cette raison la préférence au collodion à l'acétone.

Les gerçures du sein peuvent être prévenues par les lotions alcoolisées pendant les dernières semaines de la grossesse, les lavages à l'eau boriquée chaude après chaque tétée. Lorsqu'elles se sont produites, on aura recours, si elles sont peu profondes, aux applications de vaseline boriquée, aux lotions alcoolisées et astringentes, aux lotions avec une solution de chloral au 100e, aux badigeonnages avec une solution de cocaïne au 100e après la tétée; si elles sont plus profondes, aux attouchements avec le nitrate d'argent, aux applications de dermatol en poudre; le collodion rend la succion moins douloureuse pour la nourrice, mais plus difficile pour l'enfant.

Sur les gerçures des lèvres, on appliquera de la vaseline boriquée, du cold-cream très frais additionné d'essence de roses ou de tanin (1 pour 400), et au besoin on cautérisera légèrement au nitrate d'argent.

CHAPITRE IV

ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES DE CAUSE INTERNE

Exposé clinique et étiologique. — Un grand nombre de substances ingérées, ou absorbées par les voies respiratoires ou par la peau, peuvent provoquer des éruptions cutanées. Ces éruptions artificielles ont encore reçu les noms d'éruptions provoquées directes, ou éruptions pathogénétiques (Bazin), et de dermatoses toxiques.

Les substances qui provoquent ces éruptions peuvent être des aliments divers, des médicaments, des poisons absorbés accidentellement ou professionnellement.

Les *aliments* qui peuvent les déterminer sont : les poissons de mer, frais et surtout avariés ou conservés ; les mollusques, en particulier les moules soit normales chez certains sujets prédisposés, soit malades ou avariées et renfermant un poison désigné sous le nom de mytilotoxine, et les huîtres consommées à certaines époques de l'année ; les crustacés, la viande de porc fraîche ou altérée, le gibier faisandé, les viandes conservées ou altérées (botulisme), les fromages fermentés, les fraises chez certains sujets, les asperges, etc. Ces éruptions d'origine alimentaire revêtent souvent l'aspect de dermatoses communes.

urticaire, acné, etc., à propos desquelles nous les indiquerons.

Les substances *toxiques* et *médicamenteuses* qui provoquent des éruptions sont extrêmement nombreuses. Nous ne pouvons indiquer ici que celles dont on a le plus souvent l'occasion d'observer les effets.

Parmi les substances d'origine minérale, il convient de signaler en première ligne l'iode et ses composés (iodure de potassium surtout, iodures de sodium, d'ammonium, iodoforme, etc.), le brome et ses composés (bromure de potassium surtout, bromures de sodium, de strontium, etc.), le chlorate de potasse, le borate de soude, l'arsenic et ses composés, le phosphore, le soufre, le mercure et tous ses sels, l'antimoine, le plomb, l'argent.

Les végétaux et les alcaloïdes qui en proviennent provoquent fréquemment des éruptions ; les plus fréquemment en cause sont le quinquina et ses alcaloïdes, la quinine et la cinchonine ; la belladone et l'atropine ; les pavots, l'opium et ses alcaloïdes, la morphine en particulier ; la jusquiame, la stramoine, l'aconit, le chanvre indien, la rhubarbe et la santonine, les écorces renfermant du tanin.

Les goudrons, les résines, les huiles essentielles, le copahu, le santal, etc., sont souvent la cause d'éruptions cutanées.

Un grand nombre de composés organiques, le chloral, le chloroforme, les salicylates, les benzoates, les phénols, presque toutes les substances dérivées de la houille, antipyrine, sulfonal, etc., provoquent également des éruptions médicamenteuses, dont le nombre devient de plus en plus grand à mesure que de nouvelles substances sont introduites dans la thérapeutique.

La constitution chimique de ces substances, leurs propriétés physiologiques ne permettent pas de prévoir la fréquence avec laquelle elles déterminent des éruptions, moins encore la forme qu'elles revêtent. Celle-ci varie non seulement dans un même groupe, mais encore pour une même substance ; ainsi que le fait remarquer M. Besnier, l'influence individuelle joue, dans l'apparition et dans les caractères de l'éruption, un rôle aussi important, sinon plus important, que la substance qui la provoque.

Les troubles digestifs, les altérations du foie et des reins, ont leur part dans la production et dans la la forme de l'éruption, à côté de la prédisposition individuelle innée.

Aussi, en dehors de leur apparition à la suite de l'absorption d'une substance toxique à des doses et pendant un temps d'ailleurs fort variables suivant les substances et les sujets, de leurs récidives sous l'influence d'une nouvelle absorption de la même substance, ces éruptions présentent-elles entre elles des différences considérables.

Elles peuvent se manifester sous forme d'érythèmes rappelant les divers aspects de l'érythème polymorphe, maculeux, papuleux et même noueux ; sous la forme d'érythèmes maculeux à éléments nombreux et disséminés comme la roséole, aspect commun à un très grand nombre d'éruptions médicamenteuses ; sous la forme d'érythèmes scarlatiniformes desquamatifs parfois très persistants, éruption très fréquemment causée par les composés hydrargyriques.

D'autres fois elles revêtent la forme de l'urticaire, ordinairement très prurigineuse, ou celle du purpura.

Fréquemment, aux lésions érythémateuses viennent

s'adjoindre des vésicules de petites dimensions ayant l'aspect de la miliaire ou celui de l'eczéma aigu ; plus rarement il se forme des bulles ou des phlyctènes, ou des vésicules disposées en groupe d'aspect herpétique.

Des lésions pustuleuses, présentant les caractères de l'acné ou l'aspect du furoncle, plus rarement celui de l'ecthyma, sont souvent la conséquence de l'absorption des iodures et des bromures.

Les éruptions à tendance gangréneuse sont rares.

Les éruptions squameuses sont également rares, de même que les productions épidermiques volumineuses (kératodermie) décrites récemment à la suite de l'absorption de l'arsenic.

Les dermatoses toxiques se traduisent parfois uniquement par des pigmentations, soit provoquées par la présence de l'agent toxique dans la peau (argent), soit résultant de son action sur le pigment sanguin (arsenic).

Nous ne pouvons entrer dans de plus grands détails à propos des éruptions toxiques, sur lesquelles on trouvera d'ailleurs aux articles *Erythèmes*, *Urticaires*, *Acnés* quelques renseignements complémentaires. Nous ne saurions cependant assez attirer l'attention du lecteur sur ces éruptions, dont la cause passe trop souvent inaperçue et dans lesquelles on voit trop fréquemment le médecin augmenter les doses du médicament nocif alors que sa suppression enrayerait leur développement.

Traitement. — Les éruptions toxiques sont dues à des causes trop multiples et revêtent des aspects trop variés pour que le même traitement soit applicable indistinctement à tous les cas. La complexité du problème thérapeutique est encore augmentée par la complexité de leur mécanisme : provoquées

tantôt par une action directe sur la peau et ses annexes, tantôt indirectement par l'intermédiaire du système nerveux central ou périphérique, elles ne sont pas toujours l'effet immédiat de l'action de la substance toxique sur ces tissus, mais la conséquence des transformations subies par le sang au contact de l'agent toxique absorbé.

Il est cependant certaines règles générales qui s'appliquent à leur presque totalité.

Il convient d'abord de provoquer le plus rapidement possible l'élimination de la substance nocive.

Lorsqu'il s'agit d'une substance absorbée par les voies digestives et surtout d'un aliment toxique ingéré depuis peu, on doit en déterminer le rejet par un vomitif ou un purgatif, salin ou huileux suivant les cas. Le purgatif huileux sera souvent préférable, à cause de la rapidité de son action et aussi parce que, à la suite de l'afflux liquide provoqué par les purgatifs salins, on voit parfois la substance toxique se dissoudre et être absorbée plus facilement, exagérer ainsi les phénomènes que l'on voulait combattre. Un régime alimentaire sévère, l'antisepsie des voies digestives devront suivre l'évacuation intestinale.

Lorsque l'ingestion de la substance toxique remonte à un certain temps déjà, lorsque surtout l'éruption ne s'est montrée qu'à la suite d'un traitement prolongé, les purgatifs pourront encore servir à entraîner les reliquats demeurés dans l'intestin ; mais leurs effets seront plus aléatoires et les évacuants intestinaux seront plutôt destinés à provoquer dans le tube digestif un afflux de sérosité entraînant une partie des substances toxiques ; aussi s'adressera-t-on de préférence aux purgatifs salins.

En même temps, on activera par le régime lacté,

par les diurétiques (tisanes de chiendent, etc., additionnées de lactose), l'élimination rénale pour entraîner, non seulement les agents toxiques eux-mêmes mais les produits des transformations qu'ils ont fait subir au liquide sanguin. La diaphorèse est un moyen trop infidèle pour mériter quelque confiance ; elle risquerait d'ailleurs parfois, si elle était vraiment active, de provoquer une aggravation des lésions cutanées en mettant la peau en contact plus direct avec l'agent de l'éruption.

L'antisepsie des voies digestives sera un utile adjuvant de la méthode évacuatrice : en arrêtant les fermentations intestinales, elle combattra directement une des causes d'aggravation, sinon de production des éruptions, et de plus elle facilitera l'action antitoxique du foie. M. Féré (1) a obtenu de bons résultats de l'emploi du naphthol et du salicylate de bismuth chez les épileptiques traités par le bromure de potassium ou par le borax; il a pu non seulement prévenir les éruptions dues à ces médicaments, mais encore les atténuer lorsqu'elles s'étaient produites. Cette pratique mérite d'être étendue à d'autres éruptions médicamenteuses.

On a encore proposé quelques antidotes auxquels on a attribué la propriété de prévenir ou de faire disparaître les éruptions médicamenteuses : l'arsenic contre les éruptions bromiques et iodiques, le bicarbonate de soude et la belladone contre les éruptions iodiques, l'acide bromhydrique contre les éruptions quiniques, l'acide chlorhydrique (Unna) à la dose de 15 à 40 gouttes par jour contre les éruptions provoquées par les acides pyrogallique et chrysopha-

(1) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1890, p. 512, et 1891, p. 58. — Grémaud, Thèse de Paris, 21 mai 1891.

nique. Les effets préventifs et curatifs de ces substances sont des plus douteux.

Le *traitement local* varie suivant la forme revêtue par l'éruption.

Dans les formes érythémateuses simples et passagères, on poudrera largement à l'amidon.

Dans les formes érythémateuses intenses et dans les formes bulleuses, on emploiera les onctions avec la vaseline boriquée ou le liniment oléocalcaire.

Dans les éruptions vésiculeuses, eczématiformes, on s'abstiendra de faire des applications humides, et aura recours surtout aux poudres inertes, plus rarement à la vaseline boriquée ou à la pommade à l'oxyde de zinc.

Dans les formes urticariennes, on fera des lotions avec des solutions antiprurigineuses (eau vinaigrée, eau de Cologne ou alcool de menthe coupés d'eau, eau blanche) ou des onctions avec des pommades mentholées, et on poudrera largement à l'amidon.

. Le traitement des formes pustuleuses est le même que celui de l'acné pustuleuse (voir T. II, p. 136).

Il est à peine besoin d'ajouter que, aussitôt la cause de l'éruption soupçonnée, on suspendra l'emploi du médicament incriminé; si, ultérieurement, son usage est indiqué et qu'on ne puisse le remplacer par un succédané non nocif, on aura soin de le prescrire à doses faibles, d'en surveiller de près les effets sur la peau, en même temps qu'on veillera sur les fonctions digestives, rénales et hépatiques pour en combattre les troubles qui pourraient favoriser une nouvelle éruption.

CHAPITRE V

DERMATOSES LIÉES A DES LÉSIONS ET A DES TROUBLES FONCTIONNELS DES ORGANES PROFONDS

Ce chapitre pourrait recevoir de grands développements. Les fonctions de la peau sont trop étroitement liées à celles des divers organes de l'économie pour que les lésions de ceux-ci ne retentissent pas — comme ses propres lésions le font sur les organes profonds — sur elle pour provoquer des altérations multiples et variées.

Il serait cependant sans intérêt réel de décrire séparément les symptômes et le traitement de toutes les dermatoses provoquées par les diverses lésions splanchniques : elles seront étudiées à propos des formes cliniques qu'elles revêtent.

Nous nous contenterons de les indiquer sommairement, au risque de nous exposer à quelques redites, et dans le but surtout d'attirer une fois de plus l'attention du lecteur sur la nécessité de traiter les lésions des organes profonds en même temps qu'on agit par les médications locales sur les affections cutanées qu'elles provoquent, et de montrer l'étroite affinité de la thérapeutique dermatologique rationnelle avec la thérapeutique médicale en général.

Nous terminerons ce chapitre par l'étude thérapeutique du myxœdème.

DERMATOSES LIÉES AUX TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Les relations des dermatoses avec les affections gastro-intestinales sont des plus étroites. Non seulement ces dernières provoquent des exacerbations de toutes les grandes dermatoses à élément inflammatoire aigu ou chronique : eczéma, psoriasis, lupus érythémateux, etc. ; non seulement elles favorisent le développement de la séborrhée, du pityriasis versicolore, du furoncle, mais encore elles peuvent, soit directement par voie réflexe (?), soit indirectement par les modifications qu'elles apportent dans les fermentations des voies digestives, être la cause à peu près unique de nombreuses affections cutanées à marche rapide ou lente.

L'urticaire, le prurit, certaines formes d'érythème polymorphe, mais surtout l'acné dans ses diverses formes sont parmi les manifestations les plus habituelles de la dyspepsie nervo-motrice, dont le professeur Bouchard a donné la description sous le nom de dilatation de l'estomac et dont la constipation habituelle est un symptôme capital; ils sont aggravés par les exacerbations des phénomènes dyspeptiques.

Le **traitement** des troubles digestifs s'impose en pareil cas, à titre aussi impérieux que le traitement local qui, à lui seul, atténuerait les lésions, mais ne les ferait souvent pas disparaître et surtout ne les empêcherait pas de se reproduire.

Le régime alimentaire permet de combattre ces

troubles digestifs : la suppression des poissons de mer, des crustacés, des mollusques, de la viande de porc fraîche et surtout conservée, des salaisons, des conserves, du gibier faisandé, des fromages fermentés, qui entretiennent les troubles digestifs et introduisent de nouvelles causes de fermentation, sont de rigueur en pareil cas; de même la suppression des graisses, des végétaux acides (tomate, oseille), de certains fruits irritants, comme les fraises et les framboises, celle des crudités. Il y a cependant lieu de ne pas formuler ces proscriptions en termes exclusifs et d'une manière uniforme, certains de ces aliments n'ayant pas chez tous les sujets une égale nocivité et l'expérience prouvant que quelques aliments, notoirement indigestes pour la généralité des malades, peuvent être tolérés sans inconvénients chez quelques-uns d'entre eux.

Les boissons alcooliques ne doivent être permises qu'à doses modérées; toutes les fois que l'état général du sujet le permet et que les troubles digestifs sont prononcés, on les remplacera aux repas par le lait et par des infusions aromatiques ou diurétiques, tisane de camomille, de houblon ou de chiendent.

L'antisepsie intestinale est, lorsque les troubles digestifs font craindre le développement de fermentations, une indication formelle. Elle peut être réalisée, soit par le naphthol associé au salicylate de bismuth suivant la formule de M. Bouchard ou à la magnésie, soit, lorsque le naphthol est mal supporté, par le salol ou le benzo-naphthol, associés à la magnésie ou au benzoate de bismuth.

La régularité des garde-robes est indispensable dans toutes les dermatoses causées ou entretenues par des troubles digestifs. Elle peut être obtenue par

des moyens variés; les plus recommandables sont : l'aloès (les pilules de Lutz contenant 5 centigrammes d'aloès et 5 centigrammes de savon médicinal, par exemple), à moins qu'il ne soit contre-indiqué par la présence d'hémorrhoïdes ou par une tendance aux métrorrhagies, l'évonymine, le cascara, le podophylle, les poudres à base de crème de tartre et de soufre, de magnésie (par exemple : crème de tartre, soufre, magnésie et sucre par parties égales, une cuillerée à café dans de l'eau au moment du coucher), aidées ou non du massage abdominal et, au besoin, de lavements abondants, en ayant le soin de varier les agents laxatifs pour que leur effet ne soit pas annulé.

Le séjour hors de la ville, les traitements thermaux appropriés seront d'utiles adjuvants de la thérapeutique pharmaceutique.

DERMATOSES LIÉES AUX TROUBLES DES FONCTIONS RÉNALES

Les néphrites, quelle qu'en soit la cause, l'oligurie entraînent dans le fonctionnement de la peau des troubles plus ou moins importants : prurit, urticaire, érythèmes papuleux décrits par Huet et Bruzelius, purpura; elles peuvent favoriser le développement des lésions pustuleuses, provoquer ou aggraver des éruptions eczémateuses.

Il est donc de la plus haute importance de s'enquérir soigneusement de l'état des fonctions urinaires dans les dermatoses, et souvent on trouve dans cet examen la cause de l'intensité et de la ténacité de certaines d'entre elles.

Lorsqu'on est en présence de néphrites, ou lorsque la sécrétion urinaire est anormale par sa quantité ou par ses qualités chimiques, le régime alimentaire doit être surveillé de près, et on en doit proscrire tous les aliments susceptibles de provoquer des intoxications alimentaires, viandes altérées, etc.

Le régime lacté plus ou moins sévère, l'emploi des boissons diurétiques additionnées de lactose permettent souvent, en rétablissant la sécrétion urinaire à son taux normal ou même en la dépassant, de venir à bout de lésions cutanées rebelles au traitement local et aux autres traitements internes.

DERMATOSES LIÉES AUX TROUBLES DES FONCTIONS GÉNITALES

Les troubles utérins et menstruels peuvent être l'origine de dermatoses diverses : les acnés, plusieurs variétés d'eczéma, l'herpès qui accompagne si souvent les époques menstruelles, l'impétigo herpétiforme qui est presque toujours lié à la grossesse, certains prurits gravidiques.

Chez l'homme, les dermatoses d'origine analogue sont rares : cependant les acnés, les séborrhées sont fréquemment en relation avec l'instauration de la puberté, la continence ou l'onanisme ; l'herpès génital récidivant peut être associé ou consécutif à diverses lésions des organes génitaux externes.

Le mécanisme pathogénique en vertu duquel ces causes agissent pour produire des dermatoses est encore mal connu : s'agit-il d'une action réflexe, ou d'un trouble de la nutrition générale?

En tous cas, on devra se préoccuper de traiter

les affections causales : les injections vaginales chaudes, l'emploi des emménagogues et en particulier de l'aloès, lorsque ces dermatoses s'accompagnent de leucorrhée et de dysménorrhée, le traitement local approprié des lésions causales sont nécessaires pour obtenir la guérison de l'affection cutanée.

Chez l'homme, les indications seront souvent plus difficiles à saisir et à remplir.

DERMATOSES LIÉES AUX TROUBLES HÉPATIQUES

Les médecins anglais accordent aux troubles des fonctions hépatiques une importance considérable dans la production d'un grand nombre d'états morbides, et en particulier des dermatoses. Cette opinion, sans doute exagérée pour la généralité des cas, comporte une part de vérité.

Il est incontestable que certains prurits sont liés à des obstructions des voies biliaires, soit aiguës soit chroniques, spécialement dans la lithiase biliaire; l'urticaire, des érythèmes divers, des lésions purpuriques peuvent se développer au cours des affections hépatiques avec ictère; le xanthome plan coïncide ordinairement avec l'ictère ou tout au moins avec des troubles des fonctions hépatiques; certains eczémas semblent également sous la dépendance de troubles fonctionnels passagers ou persistants du foie.

Ces troubles doivent donc être recherchés et traités dans les affections précédentes et, d'une façon générale, dans les dermatoses à marche chronique.

Les alcalins, les purgatifs et en particulier le calo-

mel, les antiseptiques intestinaux, la révulsion sur la région hépatique, complèteront, suivant les cas, le traitement local à instituer contre la dermatose.

DERMATOSES LIÉES AU DIABÈTE

Les complications cutanées sont fréquentes au cours du diabète. A côté des lésions gangréneuses se produisant à l'occasion d'un traumatisme ou d'un anthrax, dont l'étude et le traitement sont plus spécialement du domaine de la chirurgie, il faut ranger quelques formes d'érythème, un prurit parfois violent occupant soit les organes génitaux, soit les membres et spécialement leurs extrémités, souvent accompagné de papules de prurigo, des lésions eczémateuses très prurigineuses à localisation génitale et périgénitale, le xanthome des diabétiques, et enfin la mélanodermie qui se développe dans les cas de diabète avec cirrhose hypertrophique pigmentaire du foie.

Le *prurit génital* et les *eczémas* méritent seuls une mention particulière dans ce chapitre.

En raison du contact de l'urine sucrée, les parties génitales sont fréquemment le siège d'un prurit généralement intense, plus accusé chez la femme que chez l'homme ; il est parfois la première manifestation clinique du diabète et, pour cette raison, l'urine de toute femme atteinte de prurit vulvaire doit être examinée.

Le symptôme prurit peut exister seul ; mais, s'il persiste un certain temps sans traitement, on voit apparaître, sous l'influence combinée du grattage et de l'irritation par l'urine, des lésions cutanées : érythème plus ou moins étendu, puis eczéma.

L'eczéma des diabétiques peut occuper des régions diverses : face, membres, tronc; dans ces diverses localisations il est toujours remarquable par l'intensité et la ténacité du prurit qui l'accompagne, par la sécheresse habituelle de sa surface. Mais son siège le plus fréquent et le plus caractéristique est la région génitale et périgénitale : gland, prépuce, scrotum chez l'homme; vulve, périnée, région inguinale, pubis chez la femme. Dans ces points, il se traduit par une rougeur intense, avec tuméfaction et suintement séreux abondant, dans les cas à marche aiguë; par une rougeur moins intense, un épaississement lichénoïde de la peau dans les cas à marche chronique. Chez l'homme, le prépuce se rétrécit sous l'influence de l'infiltration de la peau ; il en résulte un phimosis parfois très étroit.

Traitement. — L'eczéma des diabétiques, lorsqu'il occupe la région génitale, réclame des soins locaux particuliers. De même que le prurit, il est dû à des causes complexes : irritation par l'urine modifiée dans sa composition, altération des sécrétions de la région sous l'influence combinée de l'urine et des microorganismes qui y pullulent.

La propreté la plus absolue est donc nécessaire : lavages et injections chez la femme au moyen de liquides antiseptiques (eau boriquée, solution de sublimé à 1 pour 4000, eau phéniquée à 1 pour 200) ou alcaline (solution de bicarbonate de soude à 1 0/0, eau blanche) répétés plusieurs fois par jour et, autant que possible, après chaque miction ; chez l'homme, on aura recours, outre ces lavages, aux injections de solution de nitrate d'argent à 1 0/0, lorsque la balanite est intense. Après le lavage, applications de pommade boriquée et de poudre de

talc additionnée de sous-nitrate de bismuth, de dermatol ou d'oxyde de zinc ; jamais de poudre d'amidon en raison de la facilité avec laquelle elle s'altère ; puis interposition d'un linge ou d'un tampon d'ouate hydrophile saupoudré de la même poudre.

Ces mêmes prescriptions s'appliquent au traitement du prurit génital.

Pour les lésions des cuisses et de la région abdominale, on aura recours aux traitements habituels de l'eczéma.

Mais ces traitements locaux seraient absolument insuffisants — et cela s'applique aux autres manifestations cutanées du diabète — si on se bornait à eux et si on ne leur adjoignait le traitement général du diabète, dans les détails duquel nous ne pouvons entrer ici : c'est seulement lorsque, par ce traitement, on aura fait baisser le taux de la glycosurie, qu'on verra les lésions cutanées s'amender notablement et disparaître, exposées d'ailleurs aux récidives si le malade cesse de prendre des soins locaux suffisants et de se soumettre à la médication générale.

DERMATOSES D'ORIGINE NERVEUSE

L'influence du système nerveux se révèle dans un grand nombre d'affections cutanées, soit par leur coïncidence avec des manifestations nerveuses, auxquelles elles se superposent ou s'associent, soit par leur développement à la suite d'émotions morales.

Si on voulait, comme quelques auteurs ont tenté de le faire, décrire sous le nom de dermato-neuroses toutes les affections cutanées dans lesquelles le

système nerveux joue un rôle, ce cadre pourrait englober la plupart des dermatoses.

Le système nerveux n'intervient le plus souvent que comme un intermédiaire entre la cause première de la maladie et la lésion cutanée : il en est ainsi dans un grand nombre d'érythèmes toxiques, dans la plupart des urticaires, des prurits, vraisemblablement dans les lichens ; les herpès, voire même le zona, la plus nettement névropathique des affections de ce groupe, n'ont de nerveux que le mécanisme et sont dus à une cause infectieuse à déterminer ; dans les eczémas dits nerveux, les lésions des nerfs périphériques ne font que localiser une éruption due à une cause générale diathésique ; pour le psoriasis, la question est plus discutable, mais encore doit-on reconnaître qu'il faut au système nerveux pour le produire un *primum movens* de nature inconnue ; à plus forte raison dans la lèpre, dans les névrites périphériques d'origine infectieuse ou toxique, les nerfs ne font-ils que réagir sous l'influence d'une cause locale pour produire les lésions cutanées.

Le même raisonnement pourrait s'étendre aux lésions cutanées déterminées par des affections du système nerveux central.

Quoi qu'il en soit de ces données de pathogénie des dermatoneuroses, il faut reconnaître que les affections, troubles fonctionnels ou lésions organiques, du système nerveux central ou périphérique jouent un rôle dans le développement d'altérations cutanées très diverses.

Nous ne ferons qu'énumérer celles qui font l'objet de chapitres particuliers, pour indiquer avec plus de détails celles où le rôle du système nerveux est primordial.

Parmi les éruptions uniquement congestives, il faut noter les érythèmes, les urticaires, les purpuras névropathiques; parmi les affections papuleuses, les lichens ; parmi les affections vésiculeuses et bulleuses, l'herpès, le zona, certains eczémas, la dermatite herpétiforme, les éruptions pemphigoïdes de la lèpre, celles que l'on observe parfois chez les hystériques (pemphigus hystérique) ; exceptionnellement des éruptions à forme ecthymateuse, résultat combiné de l'influence trophoneurotique et d'infections d'origine externe ; parmi les affections ulcéreuses et gangréneuses, certaines ulcérations trophiques et le mal perforant, la gangrène symétrique des extrémités, les eschares du décubitus ; en outre les états ichthyosiques consécutifs à des lésions du système nerveux central comme le tabes, ou aux névrites périphériques, les œdèmes névropathiques et hystériques, la sclérodermie, des troubles de la pigmentation cutanée et en particulier le vitiligo, la chute des ongles ou leurs dystrophies, les alopécies d'origine nerveuse rappelant plus ou moins complètement la pelade, enfin les troubles de sécrétion des glandes cutanées.

Ces dermatoses peuvent s'observer dans les états pathologiques les plus divers du système nerveux : névroses, lésions du système nerveux central (tabes, myélites aiguës ou chroniques, atrophie musculaire progressive, syringomyélie, etc.) ou périphérique, dont elles viennent compliquer les symptômes déjà existants ou dont elles révèlent l'existence (dermatoneuroses indicatrices de Leloir).

Traitement. — Elles peuvent, par elles-mêmes, réclamer un traitement local particulier ; mais surtout elles exigent le traitement général ou local de la

neuropathie dont elles sont la traduction sur la peau. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des médications à opposer aux lésions du système nerveux. Signalons seulement l'heureuse influence de l'hygiène morale et physique, de l'hydrothérapie, en particulier des douches, froides ou tièdes suivant les cas, des médicaments nervins, bromures, préparations de belladone, d'aconit, de valériane, etc., dans les dermatoses dues à des états névropathiques; nous y insisterons de nouveau à propos de chacune d'elles en particulier.

Quelques dermatoses d'origine nerveuse qui ne seront pas étudiées dans le courant de cet ouvrage, doivent faire l'objet d'une description spéciale dans le chapitre des dermatoneuroses. Ce sont : l'asphyxie locale des extrémités, l'érythromélalgie, le mal perforant, les lésions cutanées de la syringomyélie.

Asphyxie locale des extrémités.

Exposé clinique et étiologique. — Le nom de « maladie de Maurice Raynaud », usité à l'étranger, mérite d'entrer dans la terminologie de cette affection pour perpétuer le nom de l'éminent observateur qui l'a tirée du chaos pathologique, quoique, à proprement parler, il ne s'agisse pas d'une maladie au sens propre du terme, mais d'un syndrome clinique.

Caractérisée parfois au début par des crises d'anémie cutanée partielle (syncope locale des extrémités, doigt mort), elle se traduit surtout par des troubles de la circulation veineuse : coloration violacée ou bleuâtre avec algidité et hyperhidrose d'un ou plusieurs doigts ou de la main entière, survenant

sous forme d'accès ou persistant pendant des mois, plus accusée en hiver qu'en été, accompagnée souvent de gonflement des parties atteintes. L'affection peut en rester à ce degré, ou aboutir à des lésions plus profondes: phlyctènes se desséchant ou se transformant en ulcérations de longue durée, eschares gangréneuses occupant l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts, dont la chute laisse des cicatrices déprimées avec amincissement des doigts, ou même atteignant tout un doigt.

Les lésions qui occupent surtout les mains, souvent de façon symétrique, peuvent également se développer aux pieds, aux oreilles, au nez.

Cette affection se montre de préférence sous ses formes bénignes, non gangréneuses, chez les jeunes sujets lymphatiques, qu'elle prédispose singulièrement aux engelures et chez lesquels elle laisse souvent une hypertrophie des doigts; elle est exaspérée par le froid extérieur.

Ses formes graves se rencontrent plutôt chez les adultes et les vieillards.

Son développement est favorisé par l'impaludisme, l'arthritisme, les lésions rénales.

Elle reconnaît pour cause des troubles vaso-moteurs d'origine nerveuse : spasme artériel, dilatation veineuse consécutive, dont les effets sont surtout à redouter lorsque les artères sont déjà altérées.

Elle peut être le prélude de la sclérodactylie, ou se montrer au cours de névrites périphériques, dans la lèpre par exemple, ou de lésions du système nerveux central, particulièrement dans la syringomyélie.

Traitement. — Le traitement général joue un grand rôle dans cette affection. Chez les sujets lymphatiques on aura recours à l'huile de foie de morue

à haute dose, aux préparations iodurées, au sirop antiscorbutique, ou aux préparations arsénicales et phosphatées, en même temps qu'on prescrira une nourriture abondante et choisie. Chez les sujets nerveux, on s'adressera aux médicaments vaso-moteurs et nervins : quinine, belladone, valériane. Dans les cas d'artériosclérose, on y ajoutera l'usage des iodures.

L'exercice régulier, l'aération, les inhalations d'oxygène (Besnier) doivent être prescrits dans tous les cas ; les bains sulfureux peuvent également être utiles.

Raynaud vantait l'emploi de l'électricité, sous la forme de courants continus, le pôle positif à la région dorsale vers la cinquième vertèbre cervicale, le pôle négatif sur la région malade ou mieux sur le sacrum.

Localement, outre les précautions nécessaires pour protéger la partie malade contre les influences atmosphériques (emploi de poudres absorbantes après la toilette, enveloppements avec des tissus non irritants), on n'a guère qu'à employer les frictions excitantes, avec des liquides alcoolisés, tels que l'eau de Cologne, ou l'alcool camphré étendu d'eau et, lorsqu'il y a des douleurs, les onctions avec des liniments opiacés et belladonés.

Erythromélalgie.

Exposé clinique et étiologique. — On décrit, depuis W. Mitchell, sous le nom d'érythromélalgie ou de paralysie vaso-motrice des extrémités, une affection caractérisée par des accès douloureux de congestion vasculaire avec rougeur et tuméfaction de la

peau et élévation de la température locale ; ces accès occupent le plus souvent les membres inférieurs.

Ils se développent souvent à la suite d'un refroidissement ou de fatigues, surviennent à intervalles irréguliers et peuvent se reproduire pendant plusieurs années.

Les maladies infectieuses graves et peut-être la syphilis semblent jouer un rôle important dans l'étiologie de cette affection qui, est incontestablement due à un trouble de l'appareil vaso-moteur.

Traitement. — Le traitement de l'érythromélalgie est des moins satisfaisants, et tous les procédés employés ne déterminent que des modifications nulles ou peu accusées dans les accès et leur mode de reproduction. Le repos semble avoir une influence favorable ; l'électrisation et les douches peuvent être utilisées, quoique leurs effets soient inconstants. Le contact de l'eau froide pendant les accès est parfois le meilleur moyen de calmer les douleurs.

Mal perforant.

Exposé clinique et étiologique. — Le mal perforant est le type le mieux connu des ulcérations d'origine nerveuse.

Le plus souvent précédé d'une production cornée sous forme de durillon, il est constitué par une ulcération généralement arrondie, de la dimension d'une pièce de 2 francs au plus, torpide, parfois à peine bourgeonnante, d'autres fois tapissée de villosités coniques serrées, entourée d'une sorte de couronne d'épiderme corné et d'une zone d'anesthésie ; l'ulcération peut pénétrer profondément, formant une fistule qu'on poursuit avec le stylet jusqu'aux tendons et

jusqu'aux os dénudés ou non et parfois cariés.

Produit par les pressions extérieures sur des tissus dont la nutrition est altérée par des lésions nerveuses, il occupe le plus souvent la région plantaire au niveau des articulations métatarso-phalangiennes, plus rarement les autres parties du pied ou la main et se rencontre dans le tabes, très souvent à la période préataxique, dans la syringomyélie, la lèpre, les névrites périphériques et le diabète.

Traitement. — En dehors du traitement de l'affection qui le détermine, la thérapeutique du mal perforant est exclusivement locale; elle consiste en pansements antiseptiques secs ou de préférence humides; l'amputation ou la désarticulation constituent quelquefois les seuls moyens de traitement de cette affection dans les cas rebelles à toutes les applications topiques; même après la réparation de l'ulcère, la protection des parties malades contre les chocs et les pressions de toute espèce est indispensable pour empêcher le retour des lésions, dans la production desquelles les influences extérieures jouent un rôle aussi important que les lésions nerveuses elles-mêmes.

Lésions cutanées de la syringomyélie.

Exposé clinique. — La syringomyélie est la lésion médullaire qui donne le plus souvent lieu à des troubles trophiques cutanés : ceux-ci entrent dans sa symptomatologie au même titre que les troubles de la sensibilité et les amyotrophies. Leurs analogies avec les lésions cutanées de la lèpre ont souvent entretenu la confusion entre ces deux maladies.

Ces troubles trophiques occupent surtout les mains

et consistent en épaississement de la peau dont l'épiderme est fendillé, souvent avec des crevasses et des ulcérations rebelles, du type du mal perforant; d'autres fois en un état lisse de la peau qui est rouge ou violacée et peut présenter l'aspect de l'asphyxie locale ou être légèrement pigmentée; d'autres fois, il y a des phlyctènes et des gangrènes, parfois des lésions eczématiformes ou vésiculeuses; les ongles sont striés, atrophiés et déformés.

Les lésions des extrémités supérieures peuvent présenter une grande intensité, s'accompagner ou être précédées de panaris indolents avec nécrose des phalanges, laissant après eux des mutilations plus ou moins graves, et constituer une forme clinique spéciale, dont Morvan (de Lannilis) a fait connaître l'existence : d'où les noms de *maladie de Morvan* ou mieux de *syringomyélie type Morvan* (Charcot), qui lui ont été donnés. Ajoutons cependant que, pour quelques auteurs, l'identité de la maladie de Morvan et de la syringomyélie n'est pas établie, ou du moins, pour eux, tous les cas répondant à la description de cet observateur ne relèvent pas de la syringomyélie et ce syndrôme peut s'observer dans les névrites périphériques.

Traitement. — Le traitement des lésions cutanées de la syringomyélie est d'autant moins satisfaisant que l'affection causale est à peu près fatalement incurable, et que tout au plus on peut espérer en arrêter les progrès par l'emploi des iodures, de l'hydrothérapie et de la révulsion sur le rachis. L'électrothérapie peut cependant être utilisée à la fois contre la lésion médullaire et contre ses manifestations cutanées. Les inhalations d'oxygène peuvent également être tentées dans les formes qui se rapprochent de l'asphyxie des extrémités.

Localement, on devra se contenter de panser aseptiquement, au moyen de l'iodoforme, de l'aristol, du salol ou du dermatol, les ulcérations et les fissures, ainsi que les phlyctènes, et surtout on devra protéger les parties malades contre les traumatismes et les brûlures, dont les conséquences sont aggravées par la mauvaise nutrition du tégument, et auxquels elles sont d'autant plus exposées que l'anesthésie coïncide constamment avec les lésions cutanées.

ÉRUPTIONS LIÉES AUX MALADIES INFECTIEUSES

Exposé clinique et pathogénique. — Sans parler ici des maladies infectieuses à déterminations cutanées normales, constituant un des symptômes capitaux de l'infection, nous devons signaler les dermatoses survenant au cours d'un certain nombre de maladies infectieuses, à titre de complications et d'épiphénomènes.

Les maladies spécifiques, comme la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la vaccine, le choléra, la blennorrhagie, la dysenterie, la grippe, la fièvre intermittente, la diphthérie, la pneumonie, la méningite cérébro-spinale; les infections banales, comme l'infection purulente, l'infection perpuérale, les angines, les stomatites, les endocardites infectieuses, les entérites, les ictères graves, etc., peuvent s'accompagner ou se compliquer de manifestations cutanées très diverses.

Le mécanisme de celles-ci est des plus variables. Parfois, mais bien rarement, produites par des embolies, dans les vaisseaux cutanés, du microorga-

nisme causal ou d'un agent d'infection secondaire, elles sont dues d'autres fois à l'action de ce micro-organisme sur le système nerveux.

Plus souvent encore, elles semblent être produites, non par un agent animé, mais par les poisons qu'il sécrète, comme pour les éruptions de la diphthérie, des angines, des stomatites, de la blennorrhagie, poison agissant sur la peau soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux.

D'autres fois encore, la maladie infectieuse n'a fait, en affaiblissant l'organisme et en altérant la nutrition du tégument, que préparer le terrain à des infections cutanées secondaires d'origine externe, par exemple les éruptions ecthymateuses de la convalescence de la variole et de la fièvre typhoïde.

Les éruptions survenant au cours des maladies infectieuses revêtent les formes les plus variées, depuis l'érythème jusqu'à l'eschare.

Les érythèmes peuvent se présenter sous les diverses formes de l'érythème polymorphe, comme dans les angines et la diphthérie; sous l'aspect de la roséole, comme dans la blennorrhagie, le choléra, etc.; ils peuvent se généraliser, revêtir la forme scarlatinoïde comme dans l'infection puerpérale, la fièvre typhoïde.

D'autres fois, il se développe de l'urticaire (ictères graves, fièvre intermittente), des lésions purpuriques (formes hémorrhagiques des fièvres éruptives, fièvre typhoïde, ictères graves) généralisées, disséminées sans ordre ou symétriques, parfois localisées (embolies microbiennes des endocardites ulcéreuses, de la pneumonie).

Plus souvent, l'éruption se montre sous la forme d'herpès (pneumonie, angines, méningite cérébro-

spinale) ou de miliaire, exceptionnellement sous la forme de bulles ou de phlyctènes.

Les lésions pustuleuses sont surtout fréquentes dans la convalescence des infections graves; rarement dues à l'élimination par la peau des micro-organismes pathogènes, elles sont ordinairement le résultat de l'infection de la peau de dehors en dedans et affectent la forme de l'ecthyma ou du furoncle.

Les gangrènes d'origine vasculaire ou produites par la pression sont tantôt sèches, tantôt humides.

Traitement. — Les conditions pathogéniques multiples de ces éruptions, plus encore que la diversité de leurs formes cliniques, montrent que leur traitement est des plus variables.

La plupart d'entre elles se confondent dans un complexus symptomatique grave, dont elles ne forment qu'un élément très accessoire, et ne réclament aucune intervention thérapeutique spéciale ou se trouvent traitées par la médication dirigée contre la maladie primitive : tels sont les érythèmes et les hémorrhagies cutanées survenant dans les fièvres graves.

Les érythèmes, les urticaires, les éruptions purpuriques apparaissant dans des états infectieux bénins doivent être traités comme les éruptions d'origine toxique, dont ils partagent le mécanisme pathogénique : évacuations intestinales, diurétiques, antisepsie des voies digestives; localement application de poudres inertes.

Les éruptions vésiculeuses généralisées réclament le même traitement externe. Le traitement de l'herpès des maladies infectieuses consiste uniquement dans l'application de pommade boriquée.

Les lésions pustuleuses des convalescents seront

soumises aux traitements locaux habituels de l'ecthyma, d'autant plus rigoureusement qu'elles peuvent devenir l'origine de suppurations viscérales, infections secondaires rendues plus graves encore par l'état d'affaiblissement des malades; l'usage de l'antisepsie intestinale sera utile pour combattre la tendance aux suppurations multiples, mais ne devra jamais faire négliger le pansement local, alors même que l'ecthyma paraîtrait dû à des décharges microbiennes par la peau.

MYXŒDÈME

Exposé clinique et étiologique. — Sous le nom de myxœdème (Ord) ou de cachexie pachydermique (Charcot), on décrit un état morbide dû au fonctionnement insuffisant (arrêt de développement ou atrophie), à l'absence congénitale ou à l'extirpation du corps thyroïde.

Outre les troubles cérébraux (idiotie ou tout au moins apathie) qui sont portés au maximum dans les cas d'origine congénitale, le myxœdème se traduit par des altérations du tégument externe, qui est blafard, épaissi, infiltré, sans présenter toutefois la dépressibilité spéciale des œdèmes par troubles de la circulation sanguine. Ces altérations cutanées, jointes aux troubles intellectuels et moteurs, impriment au visage un aspect tout particulier d'impassibilité; elles se montrent également sur les autres segments du corps.

Les glandes cutanées sont en outre, surtout dans le myxœdème congénital, le siège de troubles de sécrétion : séborrhée concrète formant parfois des

placards étendus rappelant l'aspect de l'ichthyose, compliquée de lésions eczémateuses sur le cuir chevelu, absence de sécrétion sudorale.

Traitement. — Ces modifications des sécrétions cutanées sont parfois assez accusées pour nécessiter un traitement local : la séborrhée sera combattue par des lavages répétés avec de l'eau savonneuse ou de la décoction de bois de Panama, par des applications de pommades soufrées et salicylées; les complications eczémateuses seront traitées par les moyens appropriés : pommades soufrées, pommade à l'oxyde de zinc, etc. L'emploi judicieux de ces modes de traitement parviendra le plus souvent à faire disparaître des lésions, sans gravité il est vrai, et très accessoires même par rapport à la maladie primordiale, mais qui cependant ne doivent pas être entièrement négligées; nous ne pouvons, après expérience personnelle, admettre avec M. Bourneville que les lésions eczémateuses du cuir chevelu des idiots myxœdémateux résistent aux soins de propreté et au traitement local.

L'absence de sécrétion sudorale et l'infiltration des téguments ont conduit à recourir aux bains de vapeur, aux bains sulfureux, au massage : on peut obtenir par ces moyens un bénéfice léger, mais temporaire, et ils ne peuvent guère que servir d'adjuvants au traitement rationnel du myxœdème.

Horsley a le premier proposé (1), en se fondant sur le rôle du corps thyroïde dans la pathogénie du myxœdème et sur ses expériences de greffe thyroïdienne chez les animaux thyroïdectomisés, de greffer sous la peau des myxœdémateux des glandes thy-

(1) *British medical Journal*, 8 février 1890, p. 287.

roïdes d'animaux. Les tentatives de M. Lannelongue, de Bircher, de Kocher, de MM. Merklen et Walther, bientôt suivies de celles d'un grand nombre d'opérateurs, ont montré que certains symptômes, notamment les lésions des téguments et les troubles intellectuels subissaient une modification favorable à la suite de la greffe de corps thyroïde de mouton ou de fragments de goître (Bircher).

Cependant ces modifications sont loin de persister dans tous les cas, l'organe greffé se résorbant au bout d'un temps assez court et cessant de suppléer à l'absence ou au fonctionnement insuffisant du corps thyroïde du sujet opéré ; il faudrait donc renouveler la greffe à plusieurs reprises et à intervalles peu éloignés.

Cette difficulté, réelle malgré l'innocuité de l'opération, a conduit à remplacer la greffe thyroïde par l'administration du corps thyroïde (1) en nature ou de suc thyroïdien, par la voie gastrique et par la voie hypodermique. De nombreux essais ont été faits, en Angleterre d'abord, puis en France, et ont donné des résultats très remarquables.

La médication thyroïdienne, contrairement à ce que pensaient ses premiers adeptes, n'est pas absolument sans danger. Des doses trop élevées peuvent provoquer des accidents graves, parfois mortels : élévation de température, insomnie, douleurs dans les membres, troubles cardiaques.

La médication doit donc être instituée avec prudence et ses résultats surveillés.

Le mode le plus recommandable d'administration du corps thyroïde est l'ingestion en nature, qui

(1) Voir à ce sujet Derrien. Thèse de Paris, 2 février 1893.

permet de contrôler la fraîcheur du produit. Le corps thyroïde, coupé en tranches minces, est donné dans du bouillon. La dose habituelle est, d'après M. P. Marie (1), un lobe de corps thyroïde de mouton par jour pendant les trois ou quatre premiers jours. Sous l'influence du traitement, on voit la température devenir normale ou s'élever au-dessus de la normale, la quantité d'urine augmenter. On donne alors un lobe seulement tous les 2 jours et on voit assez rapidement les téguments prendre un aspect normal, la sueur reparaître, les poils repousser, en même temps que les troubles psychiques s'amendent. Lorsque l'amélioration est bien marquée, on diminue encore la dose, ne donnant plus qu'un lobe tous les 3, 4 ou 5 jours, quitte à rapprocher leur administration si les phénomènes myxœdémateux tendaient à se reproduire.

Le traitement thyroïdien ne guérit pas le myxœdème, mais en pallie simplement les symptômes, de sorte qu'il doit être continué pendant un temps fort long, peut être indéfiniment : la ration d'entretien semble, d'après M. P. Marie, être d'un lobe ou d'un demi-lobe tous les 4 ou 5 jours.

La formule définitive de ce traitement n'est sans doute pas encore trouvée, et il est possible que son mode d'emploi se perfectionne. Tel qu'il est connu aujourd'hui, il donne déjà des résultats satisfaisants tant dans le myxœdème congénital, où il ne faut cependant pas lui demander de rendre aux sujets une intelligence vive, que dans le myxœdème acquis ou opératoire. C'est donc à lui qu'il faudra s'adresser, d'autant que, sauf dans un cas exceptionnel de

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 9 février et 18 mai 1894.

Kœhler (1), où l'atrophie thyroïdienne d'origine probablement syphilitique a guéri sous l'influence du traitement spécifique, aucune autre médication interne ou externe n'a jamais donné de résultats satisfaisants.

(1) *Deuts. med. Wochenschr*, 1891. — Pospelow, *Monats. f. prakt Dermat.*, 1er août 1894, p. 125, rapporte un cas de myxœdème syphilitique; mais, outre le traitement mercuriel, le sujet a été soumis à la médication thyroïdienne.

CHAPITRE VI

DERMATOSES DE CAUSES COMPLEXES, VARIABLES OU INDÉTERMINÉES

Ce chapitre renferme un grand nombre d'affections cutanées qui n'ont pu trouver place dans les cadres précédents.

Sans les classer à proprement parler, nous les avons rangées, pour y mettre quelque ordre, dans l'ordre suivant :

1° Les érythèmes et leurs transformations : purpura, urticaire, correspondant aux angio-névroses de quelques auteurs.

2° Les prurits, les lichens et le strophulus.

3° Les dermatoses vésiculeuses, comprenant les eczémas, les herpès et le zona.

4° Les dermatoses bulleuses : pemphigus et éruptions pemphigoïdes.

5° Les dermatoses squameuses comprenant : les pityriasis, le psoriasis, les kératoses.

6° Les troubles de la pigmentation cutanée.

7° Les dermatoses caractérisées par la production de tissu fibreux : sclérodermie, chéloïde, aïnhum.

8° Les ulcérations cutanées.

9° Les dermatoses gangréneuses.
10° Les tumeurs cutanées.

ÉRYTHÈMES

On donne le nom d'érythème à toute lésion cutanée caractérisée par une rougeur de la peau disparaissant sous la pression du doigt, due à la congestion vasculaire et accompagnée ou non d'un degré variable d'exsudation et d'infiltration périvasculaires ; l'érythème est le plus souvent passager et constitue la lésion la plus simple de la peau.

En raison même de la banalité de son processus, l'érythème peut se développer sous l'influence des causes les plus variées. Aussi les *érythèmes* forment-ils un groupe très disparate d'affections cutanées, dans lequel il importe d'établir des distinctions.

Nous étudierons successivement les érythèmes dus à l'action des agents thermiques, l'érythème polymorphe, les roséoles, les érythèmes scarlatiniformes, et nous terminerons ce chapitre par l'étude des érythèmes de la première enfance.

Érythèmes produits par les agents thermiques et les rayons lumineux.

Ces érythèmes, qui auraient pu être étudiés avec les éruptions de cause externe, nous semblent cependant devoir être rapprochés des autres érythèmes, dont ils représentent la forme la plus simple.

Ils comprennent les érythèmes caloriques ou coups de soleil, et l'érythème pernio, connu vulgairement sous le nom d'engelures. Nous leur rattacherons

l'érythème pellagreux, dont le mécanisme est le même que celui du coup de soleil.

COUP DE SOLEIL

Il est caractérisé par une rougeur plus ou moins vive, occupant les régions exposées à l'action de la chaleur ou de la lumière (visage, cou, mains principalement); les téguments sont souvent infiltrés et leur aspect peut rappeler celui de l'érysipèle; la rougeur peut disparaître au bout de quelques jours, laissant après elle une légère desquamation épidermique; mais, parfois, elle s'accompagne de la production de petites vésicules, ou même de phlyctènes qui se rompent au bout de quelques jours, donnant lieu à une exsudation de liquide concrété en croûtes minces, ou à une desquamation plus accusée qui peut persister plusieurs jours. Ces lésions s'accompagnent d'un prurit assez accusé.

Ces érythèmes peuvent être produits par l'action du soleil aidée souvent de celle du vent. M. Bouchard a démontré que les rayons plus nocifs étaient ceux de la portion violette du spectre, ou rayons chimiques. Ils peuvent également se produire, sous l'influence de la lumière électrique (*coup de soleil électrique*), chez les ouvriers des usines d'électricité, ou par d'autres sources de lumière et de chaleur (combustion du bois, du charbon, métaux en fusion, etc.).

Traitement. — Le coup de soleil est parfois assez intense et s'accompagne d'un prurit assez prononcé pour nécessiter un traitement. Celui-ci consiste, dans les cas légers, en applications de poudre d'amidon et en lotions avec des solutions antiprurigineuses,

eau blanche de préférence, eau de Cologne ou alcool de menthe étendus d'eau, etc.

Dans les cas plus intenses, on emploiera les pommades calmantes, à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth.

Lorsqu'il y a des vésicules ou des phlyctènes, on aura recours au traitement des brulûres et en particulier aux applications de liniment oléo-calcaire.

Pendant la durée de l'érythème, les parties atteintes seront protégées contre l'action de la lumière solaire ou du vent par un voile ou des gants, dont le sujet conservera l'usage après sa disparition pour éviter sa reproduction rendue plus facile par l'altération antérieure des téguments.

ÉRYTHÈME PERNIO, OU ENGELURES.

Exposé clinique et étiologique. — Les engelures sont caractérisées par le développement rapide sur les extrémités (mains, pieds, oreilles, nez, joues) de plaques d'un rouge violacé, arrondies ou irrégulières, d'étendue variable, avec tuméfaction des téguments, accompagnées d'une sensation de prurit ou mieux de cuisson; à la partie centrale de ces plaques apparaît bientôt un soulèvement vésiculeux, puis une phlyctène qui se rompt, laissant parfois à sa place une ulcération souvent fongueuse et persistante.

Les engelures se développent surtout à la suite de l'exposition successive et sans transition au froid intense et à la chaleur, et lorsque, à l'action du froid, s'ajoute localement celle de l'humidité. Elles ne se produisent guère qu'en hiver.

Tous les sujets ne sont pas également prédisposés aux engelures : c'est surtout chez les sujets lympha-

tiques, dont les extrémités sont habituellement froides, cyanotiques et hyperhidrosiques qu'on les rencontre; l'alimentation insuffisante, la misère physiologique, les lésions rénales, hépatiques, pulmonaires, artérielles, y prédisposent également.

Traitement. — L'état général des sujets atteints d'engelures comporte presque toujours l'emploi d'un traitement interne : huile de foie de morue à hautes doses, préparations de quinquina, d'iodure de fer, sirop antiscorbutique, préparations arsenicales et phosphatées chez les sujets à tendances lymphatiques; traitement des affections viscérales chez les sujets qui en sont porteurs.

Grâce à ces traitements, non seulement on active la guérison des engelures développées, mais encore et surtout on combat la tendance à leur reproduction ultérieure au retour de la saison froide, chez les sujets prédisposés.

L'exercice, l'aération, les inhalations d'oxygène, les bains sulfureux répondent à la même indication.

De plus, les sujets atteints d'engelures ou exposés à leur développement doivent couvrir leurs extrémités de vêtements chauds, non irritants, éviter le contact de la laine avec leurs téguments; leurs chaussures doivent être suffisamment épaisses, larges ; ils doivent se servir pour leur toilette d'eau chaude, s'essuyer minutieusement avant de s'exposer au froid et mieux encore se poudrer après la toilette avec des poudres inertes et absorbantes : amidon, talc, oxyde de zinc additionnés de 1 0/0 d'acide salicylique.

L'emploi des maniluves et des pédiluves astringents (solutions de borax ou d'alun à 2 0/0, décoction de feuilles de noyer, de feuilles de ronce, de feuilles d'eucalyptus), les frictions locales avec des liquides

alcooliques, eau-de-vie camphrée, eau de Cologne, sont également à recommander à titre prophylactique.

Ces moyens peuvent encore être employés à titre curatif lorsque les engelures sont peu développées, qu'elles ne s'accompagnent pas de lésions vésiculeuses et surtout bulleuses.

On y joindra les applications de pommades calmantes : pommade à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, additionnées de 0,50 à 1 0/0 d'acide phénique ou de menthol, vaseline boriquée, les onctions avec l'huile camphrée.

On pourra encore protéger les engelures contre les irritations extérieures au moyen de collodion élastique et surtout de collodion à l'acétone renfermant 5 0/0 de salol ou d'iodoforme, en ayant soin de suspendre son emploi dès que l'on verra l'épiderme se soulever.

Les emplâtres à l'oxyde de zinc, l'emplâtre adhésif boriqué, l'emplâtre rouge de Vidal pourront également être utilisés à la phase érythémateuse pure.

Lorsque les engelures sont surmontées de vésicules et de bulles, les applications de pommades à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, les emplâtres que nous venons d'énumérer sont encore indiqués, en alternant leur usage avec des lotions à l'alcool camphré, à la liqueur de van Swieten, à la liqueur de Labarraque.

Quand elles sont ulcérées et très irritées, on peut les panser avec le liniment oléo-calcaire ; si elles sont moins irritées, avec le baume styrax, avec une pommade renfermant 5 0/0 de tannin, ou 1 0/0 de nitrate d'argent (sauf au visage), et surtout on doit

diriger leur cicatrisation au moyen du crayon de nitrate d'argent.

ÉRYTHÈME PELLAGREUX.

Exposé clinique et étiologique. — L'érythème pellagreux est caractérisé par le développement, sur les parties découvertes (face dorsale des mains, avant-bras, face dorsale des pieds, cou, visage), d'une rougeur ayant les caractères du coup de soleil, mais de coloration plus intense, un peu sombre, brunâtre par places, parfois accompagnée de la production de bulles ; à cette phase érythémateuse succède une desquamation en lames grisâtres ou furfuracée, puis l'épiderme s'amincit, reste souvent craquelé, en même temps que la peau prend une coloration brunâtre plus ou moins uniforme et perd son élasticité.

Cet érythème s'observe toujours chez des sujets cachectisés, soit par une alimentation vicieuse, en particulier au moyen du maïs altéré, ou insuffisante. soit par l'alcoolisme ou par quelque lésion viscérale, diarrhée chronique, tuberculose pulmonaire, etc. Dans certains cas, il s'associe à des troubles psychiques médullaires et digestifs constituant l'affection à laquelle on donne le nom de pellagre.

Nous ne pouvons entrer ici dans la discussion de la nature de la pellagre qui, pour un grand nombre d'auteurs, est une entité morbide définie due à une cause déterminée (l'intoxication par le champignon parasite du maïs), tandis que d'autres lui refusent toute spécificité. Disons seulement que, au point de vue dermatologique, la pellagre et les érythèmes pellagroïdes — comme les appellent les auteurs partisans de la spécificité de la pellagre — se confondent

absolument et que, dans tous les cas, l'érythème est, comme l'a montré M. Bouchard, le résultat de l'action sur la peau des rayons solaires, aidée par l'altération de l'état général.

Traitement. — Maladie de misère et de cachexie, l'érythème pellagreux ne peut pas être traité seulement par des moyens locaux; il demande un traitement général, dont ses causes, les lésions viscérales et nerveuses concomitantes, préciseront la nature.

Localement, il est justiciable surtout des applications de poudres inertes et des pommades à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth additionnées d'acide salicylique ou de naphthol; dans les formes bulleuses, des applications huileuses; en un mot du traitement des érythèmes solaires.

Érythème polymorphe.

Exposé clinique et étiologique. — Depuis Hebra, on décrit sous le nom d'érythème multiforme exsudatif ou érythème polymorphe une série de lésions cutanées considérées auparavant comme autant d'entités morbides distinctes, toutes caractérisées par leur début sous forme de taches érythémateuses circonscrites et évoluant d'une façon aiguë.

La forme la plus simple est constituée par des taches rouges non saillantes ou à peine saillantes (*Erythème maculeux*) de dimensions variables, arrondies, persistant sous la forme de plaques ou disposées en anneaux par suite de la guérison de leur partie centrale (*Erythème annulaire*, *circiné*, *marginé*, *figuré*). Ces taches de coloration rouge, parfois violacée surtout à leur centre, quelquefois purpuriques, peuvent persister à cet état pendant toute la durée

de la maladie : elles occupent surtout la face dorsale des mains et le visage.

Les taches peuvent devenir plus saillantes, s'accompagner d'une infiltration plus prononcée de la peau et constituer l'*érythème papuleux* dont les éléments, de coloration rosée ou rouge, ont généralement la dimension d'une lentille : cette forme peut occuper toutes les régions du corps, principalement les membres et la face.

L'infiltration, au lieu de se limiter à la peau, peut s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané, constituer des nodosités du volume d'une noisette ou des plaques plus étendues de coloration rouge ou violacée, douloureuses à la pression, rappelant l'aspect d'une contusion (d'où le nom d'*érythème contusiforme* donné à cette variété par les auteurs allemands), occupant de préférence les membres inférieurs, au-devant des tibias, plus rarement les membres supérieurs au voisinage des articulations : c'est là l'*érythème noueux*, dont les caractères spéciaux sont expliqués par la gêne de la circulation en retour (Besnier) et dont certains auteurs ont voulu faire à tort une affection distincte de l'érythème polymorphe.

A l'érythème noueux on rattache souvent une affection caractérisée par la production de nodosités dures, persistant pendant des mois, aboutissant quelquefois à l'ulcération, occupant les membres inférieurs et se développant chez les jeunes filles lymphatiques qui restent longtemps debout : c'est l'*érythème induré* des jeunes filles (Bazin) que nous serions assez tenté, pour notre part, de rattacher à la tuberculose, quoique son étude anatomique n'ait pas été faite jusqu'ici.

La congestion vasculaire qui caractérise l'érythème

peut aboutir à l'exsudation de liquide dans les couches épidermiques, donnant lieu à la production de lésions vésiculeuses et bulleuses. Dans les formes maculeuses et figurées, il n'est pas rare de voir se développer, au centre des éléments érythémateux, une petite vésicule qui se rompt bientôt, laissant à sa place une croûtelle brunâtre. Le processus d'exsudation intra-épidermique peut acquérir plus de développement et constituer des vésicules plus larges et plus persistantes (*érythème vésiculeux*), disposées irrégulièrement à la surface des plaques érythémateuses ou formant à leur périphérie des cercles plus ou moins réguliers (*érythème vésiculeux iris* ou *en cocarde*, *herpès iris* de Bateman; *hydroa vésiculeux* de Bazin). Cette forme s'observe surtout sur les extrémités et sur la muqueuse buccale.

D'autres fois, les soulèvements épidermiques, plus larges, méritent le nom de bulles ou de phlyctènes; ils atteignent la dimension d'un pois et au delà, sont remplis de sérosité citrine et rappellent l'aspect des bulles du pemphigus (*pemphigus bénin* des auteurs, *pemphigus à petites bulles*, *hydroa bulleux*, *érythème polymorphe bulleux*); ces vésicules, qui évoluent rapidement sur un cercle érythémateux, peuvent se développer sur les diverses parties du tégument et sur les muqueuses; elles se montrent par poussées successives et multiples qui peuvent prolonger pendant plusieurs semaines la durée de la maladie.

L'érythème polymorphe s'accompagne fréquemment de phénomènes généraux dont la présence prouve qu'il ne constitue pas simplement une dermopathie, mais qu'il est la traduction sur la peau d'une maladie générale.

La fièvre, des troubles gastro-intestinaux, parfois

des troubles cérébraux, des lésions de l'appareil circulatoire (endocardite, péricardite, phlébite) ou de l'appareil respiratoire (bronchite, broncho-pneumonie, pleurésie), l'albuminurie, la tuméfaction du foie et de la rate, etc., peuvent se rencontrer dans son cours. Des douleurs dans les membres, au niveau des masses musculaires ou des articulations, parfois des arthrites avec épanchement, coïncident plus souvent encore avec les lésions cutanées.

La marche de la maladie est variable : le plus souvent rapide, se terminant en quelques jours par la disparition complète des lésions cutanées, elle est parfois plus lente, celles-ci se montrant sous la forme de poussées irrégulières qui se succèdent pendant plusieurs semaines.

Les récidives sont fréquentes, et il n'est pas rare de voir des sujets, antérieurement atteints d'érythème polymorphe, en présenter de nouvelles attaques à intervalles variables, souvent à la même époque de l'année que la première.

Considéré par certains auteurs, au moins dans ses formes papuleuse et noueuse, comme une manifestation rhumatismale, l'érythème polymorphe est trop rarement accompagné d'arthropathies véritablement rhumatismales et les symptômes articulaires trop souvent simplement rhumatoïdes pour qu'on puisse l'enfermer dans le cadre étroit des dermopathies dues au rhumatisme.

Son étiologie est beaucoup plus large et complexe, et il ne peut plus être regardé comme une maladie au sens propre du mot : c'est un syndrôme relevant de causes multiples et souvent associées, comme l'a excellemment dit M. Besnier.

La prédisposition individuelle y entre pour une

part ; le système nerveux intervient à titre de mécanisme instrumental, d'intermédiaire entre la cause première et la dermopathie ; les lésions et les troubles fonctionnels de divers organes, utérus, foie, peuvent en faciliter l'apparition.

La cause déterminante est le plus souvent une intoxication ou une infection, laquelle agit plus fréquemment encore en donnant lieu à la production de toxines que directement par les embolies cutanées d'agents infectieux.

Les intoxications médicamenteuses ou accidentelles peuvent le provoquer, surtout les intoxications alimentaires, absorption de viandes altérées ou auto-intoxications dans les maladies des voies digestives.

Les maladies infectieuses les plus diverses peuvent en être l'origine : fièvre typhoïde, choléra, diphthérie, syphilis, blennorrhagie, etc., et surtout les infections bucco-pharyngées à streptocoques ; ces dernières se rencontrent avec une telle fréquence dans les antécédents proches des sujets atteints d'érythème polymorphe dans ses formes les plus diverses qu'on ne peut manquer de leur attribuer une influence capitale dans sa production ; il ne faut pas, croyons-nous, voir dans ces localisations infectieuses une porte d'entrée de l'agent microbien, mais un lieu de culture où se produisent en abondance des toxines par lesquelles l'organisme est intoxiqué, et la preuve en est dans la rareté des cas, presque tous discutables, où on a trouvé dans le sang l'agent pathogène lui-même.

Traitement. — Les conditions multiples et variables dans lesquelles se produit l'érythème polymorphe montrent que son traitement est extrêmement complexe et variable.

Dans la plupart des cas, on aura avantage au début à provoquer une évacuation intestinale et à donner des antiseptiques gastro-intestinaux pour modérer ou empêcher les fermentations des voies digestives. S'il existe quelque trace de lésions bucco-pharyngées, on fera de larges irrigations de ces régions, afin d'arrêter toute intoxication ultérieure dérivant de leurs agents infectieux.

De même on traitera toute autre lésion ou tout autre trouble fonctionnel qui a pu intervenir dans la production de la maladie.

Lorsqu'il existe des phénomènes généraux d'infection, on aura recours à la quinine et aux antipyrétiques.

En un mot, on traitera toutes les lésions concomitantes à l'érythème polymorphe et toutes ses complications.

Dans les érythèmes de cause toxique, on activera l'élimination de l'agent toxique au moyen des évacuations intestinales et des diurétiques.

Dans l'érythème induré des jeunes filles, on administrera l'huile de foie de morue à hautes doses, l'iodure de fer, l'iodure de potassium à doses modérées.

En dehors des indications tirées de l'état général des malades et de l'état de leurs viscères, on cherchera par une médication interne appropriée à modérer les réactions cutanées.

Villemin (1) avait proposé l'iodure de potassium comme un spécifique de l'érythème polymorphe ; il n'en est rien : si les iodures peuvent, et encore cela

(1) *Académie des Sciences*, 18 mai 1886, et *Gaz. hebd. de médec.*, 1886, nos 22 et 23.

est-il douteux, favoriser la résorption des infiltrations dans les formes papuleuse et noueuse, ils sont sans action dans les autres formes et même, dans les formes vésiculeuses et bulleuses, ils paraissent aggraver les lésions cutanées.

Les médicaments vaso-moteurs, quinine, ergotine, digitale, belladone, salicylate de soude, etc., peuvent être utilisés pour atténuer la congestion cutanée et modérer la production des lésions érythémateuses et bulleuses. Dans les formes maculeuse, papuleuse et noueuse, avec manifestations articulaires, nous recommandons particulièrement le salicylate de soude à dose de 1 à 3 grammes par jour, qui calme assez bien les douleurs musculaires et articulaires, alors même qu'elles ne sont pas — ce qui est la règle — de nature rhumatismale. Dans les formes bulleuses, le bromhydrate de quinine à la dose de 40 à 60 centigrammes, l'ergotine à la dose de 30 à 40 centigrammes, sont de beaucoup préférables aux autres médicaments.

Après la guérison de l'érythème, on aura souvent à combattre l'anémie de la convalescence par les toniques et l'hydrothérapie.

Le *traitement local* varie beaucoup suivant les formes de l'érythème.

Dans les formes maculeuse et papuleuse, il se réduit à l'emploi de la poudre d'amidon ou de pommade à l'oxyde de zinc, additionnée de menthol (1 0/0) s'il y a du prurit.

Dans la forme noueuse, où le repos au lit est de rigueur à cause du siège aux membres inférieurs, on pourra recourir aux mêmes moyens, aux liniments laudanisés additionnés de 2 0/0 de menthol, ou chloroformés, si les douleurs sont intenses, à l'enve-

loppement ouaté. Les douleurs sont parfois assez vives pour rendre intolérable la pression des draps et obliger à les soutenir avec un cerceau.

Dans l'érythème induré, les sujets devront garder le lit; les applications d'huile de foie de morue, l'emplâtre de Vigo et le massage nous ont paru hâter la guérison. Les sujets doivent abandonner les professions exigeant la station debout, sous peine de voir la maladie se perpétuer.

Dans les formes bulleuses légères, on peut se contenter de larges applications de poudres inertes; mais, si les lésions sont nombreuses, on doit les panser comme des brûlures au liniment oléo-calcaire pur ou additionné d'acide borique, ou à la vaseline boriquée, et compléter le pansement avec une couche d'ouate. On s'abstiendra de donner des bains et, si l'épaisseur des croûtes obligeait à y recourir pour les faire tomber, on devrait les faire prendre très courts et les faire suivre immédiatement d'un pansement occlusif.

Roséoles.

Exposé clinique et étiologique. — On décrit sous le nom de roséoles des éruptions, le plus souvent généralisées, constituées par des taches érythémateuses arrondies, du diamètre d'une lentille environ, non saillantes ou à peine saillantes, apparaissant rapidement et disparaissant le plus souvent dans l'espace de quelques jours.

Les roséoles reconnaissent des causes très diverses.

L'une d'elles est la rubéole, fièvre éruptive autonome, distincte de la rougeole, à laquelle il faut, croyons-nous, rapporter la plupart des cas désignés

sous les noms de roséole infantile, de roséole estivale, etc.

D'autres sont la manifestation normale de maladies générales comme le typhus ou la syphilis, ou se rencontrent plus ou moins fréquemment dans le cours de maladies infectieuses, comme la variole, la vaccine, le choléra, la blennorrhagie, etc.

D'autres sont d'ordre toxique, comme celles de l'urémie, celles produites par le copahu, la quinine, l'antipyrine, le sulfonal, etc.

Quelques-unes sont d'ordre nerveux, comme la roséole dite pudique.

Traitement. — Il se confond avec celui de la maladie générale dont la roséole est l'expression.

Pour les roséoles toxiques, nous renvoyons au chapitre des éruptions artificielles de cause interne. (Voir t. I, p. 275.)

Localement, la lésion cutanée ne réclame aucun traitement, sauf lorsqu'elle s'accompagne de prurit : on emploiera alors largement les poudres inertes, les lotions et les pommades antiprurigineuses (acide phénique, menthol, lotions alcoolisées, etc.).

Érythèmes scarlatiniformes.

Exposé clinique et étiologique. — Les érythèmes scarlatiniformes constituent un groupe beaucoup plus complexe et plus important que celui des roséoles ; souvent accompagnés de fièvre à leur début, toujours caractérisés par une rougeur ordinairement vive et généralisée du tégument ressemblant à l'éruption de la scarlatine, ils peuvent donner lieu à une desquamation très variable. Cette desquamation est plus précoce que celle de la scarlatine, de sorte qu'on la voit se

produire en certains points alors que la rougeur persiste en d'autres régions (Besnier); elle est tantôt légère, passant presque inaperçue, tantôt prolongée et intense, donnant lieu à l'exfoliation de squames larges et épaisses, parfois à la chute des phanères (ongles et poils). De là deux formes d'érythèmes scarlatiniformes : les érythèmes scarlatiniformes simples (scarlatinoïdes de quelques auteurs) et les érythèmes scarlatiniformes desquamatifs, sur les limites précises desquels on est loin d'être fixé.

L'érythème scarlatiniforme semble constituer dans certains cas une entité morbide particulière, distincte de la scarlatine, survenant sans cause appréciable, pouvant ne se développer qu'une seule fois dans le cours de l'existence, et alors bénigne et légère, ou récidiver à intervalles variables, parfois un grand nombre de fois; ces érythèmes scarlatiniformes récidivants sont souvent d'une grande intensité, la desquamation persistant plusieurs semaines et s'accompagnant de la chute des ongles et des poils; leurs rapports avec le pityriasis rubra ne sont pas nettement établis. La prédisposition individuelle, peut-être l'intervention d'une intoxication ou d'une infection non encore déterminées, sont les seules causes qu'on puisse invoquer pour les expliquer.

Quelques maladies infectieuses peuvent déterminer des érythèmes scarlatiniformes : infection purulente, infection purpérale, diphthérie, blennorrhagie, etc., ils ne revêtent presque jamais le type desquamatif.

Un certain nombre d'aliments, comme les moules, les viandes avariées, et de médicaments, la belladone, l'opium, la quinine, le chloral, l'antipyrine, etc., peuvent également être la cause d'érythèmes scarlatiniformes simples, plus rarement desquamatifs.

Mais la cause la plus fréquente des éruptions scarlatiniformes, sous le type desquamatif le plus habituellement, est le mercure, soit en frictions par suite de l'absorption de mercure par la peau, soit en injections vaginales, soit administré à l'intérieur, et quelle que soit la préparation employée : mercure métallique, sublimé, calomel, iodures, etc., quelles que soient même la dose et la durée du traitement. C'est lui qu'on devra soupçonner et dont on devra rechercher tous les modes d'introduction en présence de cette affection.

Traitement. — Le traitement de l'érythème scarlatiniforme est donc dans la plupart des cas celui des éruptions médicamenteuses. (Voir T. I, p. 275.)

Lorsqu'il existe des phénomènes généraux, on les combattra par les antipyrétiques ; contre les lésions de la muqueuse bucco-pharyngienne on fera, comme dans la scarlatine, des irrigations répétées de solutions antiseptiques pour éviter les infections secondaires ; on veillera à l'intégrité des voies digestives et à leur antisepsie ; les complications rénales, très rares d'ailleurs, nécessiteront le régime lacté et l'emploi des diurétiques, qui seront d'ailleurs toujours utiles dans les érythèmes desquamatifs où le rein doit suppléer à l'insuffisance des fonctions cutanées.

La quinine, l'ergotine, la belladone pourront être employées pour modérer la congestion cutanée. Dans les formes graves, on administrera largement les toniques (quinquina, kola, etc.).

Localement, dans les formes simples, on se contentera des applications de poudres inertes et des onctions à la vaseline boriquée.

Dans la forme desquamative, on emploiera le plus souvent le traitement précédent ; dans les cas graves,

on aura recours aux enveloppements avec des compresses imbibées de liniment oléo-calcaire, d'infusion de camomille ou de solution d'ichthyol ou de résorcine à 1 0/0, lorsqu'il y a du prurit. Certains malades se trouvent bien des bains prolongés.

Érythèmes des nouveau-nés

Exposé clinique et étiologique. — La délicatesse de la peau des nouveau-nés, le contact de l'urine et des matières fécales les exposent à des éruptions érythémateuses siégeant sur la région fessière, les organes génitaux et les régions adjacentes.

Ces érythèmes ont un aspect spécial. Débutant par une rougeur plus ou moins étendue ou disposée en taches, ils s'accompagnent rapidement du développement de vésicules fines (érythème vésiculeux) qui se rompent bientôt, laissant à leur place des exulcérations (érythème érosif).

A l'anus, ces ulcérations, contrairement à celles de la syphilis qui siègent surtout dans le fond des plis radiés de la région, occupent presque exclusivement le sommet de ceux-ci.

Dans quelques cas, l'exulcération est suivie d'un certain degré d'infiltration de voisinage, rappelant l'aspect d'une papule (érythème papulo-érosif) qui se distingue des papules syphilitiques, avec lesquelles ces faits avaient été confondus par Parrot, par l'aspect radié de l'épiderme (Sevestre et Jacquet).

Une autre forme d'érythème infantile est constituée par des saillies papuleuses recouvertes d'une couche épidermique grisâtre, déprimées à leur partie centrale, rappelant l'aspect des pustules vaccinales (érythème vacciniforme, syphiloïdes vacciniformes),

et occupant les plis de la région génitale et les grands plis de la région crurale interne.

Le contact incessant de l'urine, celui des matières fécales, surtout lorsqu'elles sont diarrhéiques, jouent le rôle principal dans la production de ces érythèmes ; il faut y ajouter souvent le contact de linges trop rudes, ou l'enveloppement dans des couvertures trop épaisses, entretenant une chaleur excessive qui congestionne les téguments et facilite la fermentation de l'urine.

Les troubles digestifs et nutritifs ont une importance non moins réelle ; chez les enfants bien nourris et régulièrement alimentés, l'érythème fessier présente rarement une grande intensité et disparaît rapidement ; il en est de même lorsque l'enfant est atteint de diarrhée passagère ; mais chez les enfants mal nourris, dont l'alimentation est défectueuse, qui sont atteints de diarrhée verte intense et prolongée, il devient plus accusé, ne disparaît que lorsque les troubles digestifs se sont amendés ; chez les athrepsiques, il acquiert sa plus grande intensité et fait partie du tableau clinique habituel de cette dystrophie.

Traitement. — Les enfants atteints d'érythèmes doivent donc être soumis à une alimentation régulière, leurs tétées convenablement espacées ; les troubles digestifs doivent être traités par les moyens appropriés : cela est de rigueur.

Ils doivent, en outre, être couverts de linges suffisamment souples et fins ; les couvertures multiples, dont les parents les entourent souvent à l'excès, doivent être réduites, en ne conservant que celles qui sont nécessaires pour les mettre à l'abri du froid.

Les soins locaux de propreté doivent être impé-

rieusement exigés. En outre du bain quotidien, dans lequel les nouveau-nés doivent toujours être plongés à moins de contre-indication spéciale, et que l'on additionnera de son ou d'amidon, on fera faire des lavages répétés des régions malades (cinq à six fois par jour, ou mieux toutes les fois que l'enfant se sera sali) avec de l'eau boriquée, ou, si les selles sont acides, avec une solution de bicarbonate de soude au 200e, jamais à l'eau phéniquée, qui doit être proscrite chez les jeunes enfants ; une fois par jour, on pourra faire un lavage avec une solution de sublimé au 5000e ; ces lavages seront faits avec précaution et aussi complets que possible, au moyen de tampons d'ouate hydrophile ; lors de chaque lavage, les langes salis seront changés et lavés.

Après le lavage, on poudrera largement avec une poudre inerte, non susceptible de fermentation : oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, talc, magnésie, additionnée d'acide borique ou de salol lorsque les téguments supportent cette dernière substance. Parmi les poudres composées, nous signalerons la poudre composée de 2 parties de talc et de carbonate de magnésie et de 1 partie de salol, employée par M. Pinard. La même poudre sera en outre répandue sur les langes.

Ce pansement sec est de beaucoup préférable à l'emploi des pommades, même à base de vaseline, qui irritent parfois les téguments.

PURPURAS.

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous le nom de purpura toute lésion cutanée caractérisée

par la présence de taches rouges ne disparaissant pas par la pression.

Ce dernier caractère a suffi aux auteurs classiques pour considérer le purpura comme toujours dû à une hémorrhagie cutanée. Nous ne saurions assez protester contre cette opinion, qui est erronée dans la plupart des cas : la résistance de la coloration à la pression des doigts manifeste plus souvent une congestion vasculaire intense, susceptible de s'atténuer ou de disparaître par la position horizontale de la partie affectée et accompagnée ou non d'une transsudation de sérosité renfermant quelques globules rouges, mais ne méritant ni histologiquement ni cliniquement le nom d'hémorrhagie; ces faits se rapprochent singulièrement des érythèmes se produisant sous l'influence des mêmes causes que ceux-ci, et d'ailleurs les lésions purpuriques coïncident souvent avec des lésions purement érythémateuses.

Dans certains cas, cependant, les taches purpuriques sont constituées par de véritables hémorrhagies cutanées; mais elles reconnaissent généralement alors des causes différentes de celles qui provoquent les érythèmes et sont dues surtout à des altérations graves du liquide sanguin sous l'influence des intoxications et des infections.

La confusion entre ces deux ordres de lésions purpuriques, congestion simple mais intense et ruptures vasculaires, a été favorisée encore par les modifications que les taches de purpura présentent au moment de leur disparition; mais les diverses teintes des ecchymoses par lesquelles elles passent traduisent tantôt la transformation de la matière colorante des globules sanguins exsudés en petit nombre avec la

sérosité, tantôt celle d'une infiltration sanguine abondante.

Les taches purpuriques simplement congestives sont généralement peu étendues, disposées symétriquement comme les éléments des variétés les plus simples de l'érythème polymorphe, et affectent une prédilection marquée pour les membres inférieurs.

Les taches purpuriques hémorrhagiques sont de dimensions très variables, tantôt punctiformes, tantôt très larges, s'accompagnant parfois d'infiltrations sanguines profondes et sont irrégulièrement disséminées sur toute la surface du tégument.

Les purpuras peuvent reconnaître des causes très diverses ; la lésion cutanée purpurique ne peut donc servir à caractériser une maladie : c'est l'expression dermatologique d'états pathologiques souvent complexes, en tous cas très variés.

A côté de lésions locales (purpuras par oblitération vasculaire dans les phlébites, par troubles nerveux localisés dans les névrites), où il n'a qu'une importance très secondaire, à côté d'intoxications et de maladies infectieuses graves (variole, typhus, fièvre typhoïde, ictères graves, etc.), où l'apparition du purpura est un élément de pronostic sans nécessiter pour lui-même une attention particulière et un traitement spécial, il est des états morbides dans lesquels la lésion cutanée purpurique domine les autres symptômes. Ces derniers états morbides doivent seuls nous arrêter ici.

Le plus fréquent mérite le nom de *purpura rhumatoïde ;* caractérisé par des taches purpuriques occupant symétriquement les membres inférieurs, plus rarement le tronc ou les membres supérieurs, souvent entremêlées de taches érythémateuses, accompagnées

d'œdèmes passagers des malléoles, il se traduit encore par des douleurs articulaires et musculaires (d'où le nom de rhumatoïde qui lui a été donné par M. A. Mathieu), par des douleurs abdominales et des phénomènes gastro-intestinaux révélant l'intervention du système nerveux, plus rarement par des hémorrhagies nasales ou viscérales. Ces diverses manifestations se produisent sous la forme de poussées se répétant à quelques jours d'intervalle. Le purpura rhumatoïde, qui correspond à la péliose rhumatismale des auteurs, au purpura myélopathique de Couty et Faisans, au purpura exanthématique de Laget, s'observe surtout chez les sujets fatigués, surmenés par des causes diverses, à la suite de marches forcées, de lésions des organes génitaux; le rhumatisme y prédispose, mais ne le produit pas; des infections, et en particulier les infections bucco-pharyngiennes, parfois des maladies infectieuses spécifiques (fièvre typhoïde, blennorrhagie, tuberculose, etc.), peuvent le précéder, en être la cause par les toxines que produit leur agent infectieux, et qui portent leur action sur le système nerveux; c'est, en effet, essentiellement, par son mécanisme instrumental, une myélopathie, et les émotions morales peuvent en être la seule cause appréciable.

La *maladie de Werlhof* constitue un autre type de purpura : débutant sans fièvre, sans symptômes généraux, au milieu d'une bonne santé apparente, elle se traduit par l'apparition de taches purpuriques, symétriquement ou irrégulièrement disposées, et d'hémorrhagies diverses, sans altération de l'état général. Succédant parfois à un traumatisme, à une émotion morale vive, elle se montre souvent sans

cause appréciable. Sa pathogénie est totalement inconnue : elle forme un type clinique, mais ne saurait être considérée comme une entité morbide.

Certaines infections, à agents pathogènes encore indéterminés et certainement multiples, se traduisent, au milieu de symptômes généraux variables et souvent très graves, par des hémorrhagies cutanées, par des lésions purpuriques souvent considérables et irrégulièrement disséminées. Ces états infectieux, faute de localisations anatomiques plus nettes et de symptômes viscéraux prédominants, sont désignés sous le nom de *purpuras infectieux*, la lésion cutanée semblant l'emporter sur toutes les autres manifestations.

Un type particulier s'observe chez les enfants, caractérisé par des hémorrhagies cutanées et viscérales multiples et abondantes, avec des phénomènes cérébraux graves; il entraîne la mort en quelques heures, quelques jours au plus; sa marche est suffisamment indiquée par le nom de *purpura fulminans* que lui a donné Henoch.

Chez les adultes, ces états infectieux à purpura peuvent présenter les aspects les plus divers : hémorrhagies viscérales, ecchymoses cutanées, souvent suivies de gangrène, congestions et inflammations viscérales, troubles cérébraux graves, altération profonde de l'état général, en sont les expressions communes. Un des types des plus graves est le *typhus angéio-hématique* de M. Landouzy. Nous ne pouvons entrer dans les détails de leur description, non plus que dans l'étude du scorbut et de l'hémophilie, qui elles aussi se traduisent par le développement de lésions purpuriques.

Il nous suffit d'avoir montré combien est com-

plexe le groupe des maladies à purpura, qui relèvent de causes variables et souvent associées.

Traitement. — Les considérations précédentes prouvent assez que le traitement des purpuras doit remplir des indications multiples, variant d'un cas à un autre.

D'une façon générale, le *traitement interne* des maladies à purpura doit répondre à trois indications : combattre la cause ou la maladie générale sous la dépendance de laquelle est le purpura, relever les forces du malade, arrêter la tendance aux hémorrhagies et aux congestions cutanées.

La suppression de toutes les médications susceptibles de produire ou d'aggraver des hémorrhagies cutanées, en particulier de l'iodure de potassium, l'emploi de la quinine à hautes doses dans les états infectieux, l'antisepsie intestinale, l'antisepsie buccale, les antipyrétiques répondront aux deux premières indications.

La seconde sera remplie par l'emploi des préparations de quinquina et des ferrugineux, qui seront continués longtemps pendant la convalescence ; la troisième, déjà en partie remplie par l'emploi de la quinine et des ferrugineux, le sera plus efficacement par l'emploi des boissons froides et acidulées (limonade citrique, limonade sulfurique, etc.), dans certains cas par celui de l'ergotine.

Le purpura rhumatoïde, qui rentre plus spécialement dans le cadre des affections cutanées, sera justiciable des moyens précédents. Les préparations d'iodure de fer, de quinquina, de kola permettront de combattre l'anémie qui y prédispose ; l'alimentation devra être aussi abondante et réparatrice que possible et comprendre, outre les viandes rôties, des

légumes verts, cresson, salade, etc.; la tendance aux congestions vasculaires cutanées et aux hémorrhagies viscérales sera combattue par l'emploi de l'ergotine (25 à 30 centigrammes par jour), du sulfate de quinine (40 à 60 centigrammes par jour), de la teinture d'hamamelis virginica (15 à 30 gouttes par jour), de la belladone (2 à 4 centigrammes d'extrait par jour); les douleurs articulaires ou musculaires pourront être calmées par le salicylate de soude (1 à 3 grammes par jour), par l'antipyrine (2 à 3 grammes) ou par les préparations opiacées, etc.

Malgré la bénignité apparente de la maladie, les sujets atteints de purpura rhumatoïde doivent conserver le lit : la marche, la simple station verticale provoquent le retour de nouvelles poussées purpuriques, alors même que les précédentes semblent éteintes, et prolongent indéfiniment la durée de la maladie.

Le *traitement local* du purpura dans ses différentes formes se réduit à l'emploi de lotions antiprurigineuses (eau phéniquée faible, par exemple) lorsqu'il existe des démangeaisons. Les lotions alcoolisées avec l'eau de vie camphrée, l'eau de Cologne, l'alcoolat de romarin, sont utiles pour tonifier les vaisseaux cutanés lorsque l'affection, d'origine myélopathique, a quelque tendance à se prolonger ou à se reproduire.

URTICAIRES

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom d'urticaire à toute lésion cutanée caractérisée par la production rapide de saillies rosées ou rouges,

décolorées à leur partie centrale, dues à un œdème congestif de la peau et semblables à celles produites par la piqûre de l'ortie.

Les saillies urticariennes peuvent être d'étendue variable, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle de la paume de la main; leur relief est également variable et peut atteindre plusieurs millimètres (urticaire géante, urticaire œdémateuse).

Leur forme est arrondie ou irrégulière par suite de la confluence d'éléments voisins.

Elles durent généralement peu d'heures et disparaissent en laissant à leur place une tache érythémateuse qui ne tarde pas à s'effacer. Aussi le nom d'urticaire chronique s'applique-t-il à des éruptions ortiées se reproduisant pendant un temps parfois fort long, mais dont chacun des éléments n'a qu'une durée éphémère.

Les éruptions ortiées s'accompagnent généralement d'une sensation de brûlure et de chaleur intense, qui tourmente vivement les malades.

L'intensité du processus congestif et exsudatif peut provoquer des ruptures vasculaires et des exsudations indra-épidermiques aboutissant à la production de vésicules, de bulles et de phlyctènes.

On doit ranger dans l'urticaire l'affection désignée sous le nom d'*œdème aigu circonscrit de la peau* (Quincke), qui se produit dans les mêmes circonstances que l'urticaire, évolue comme elle et coïncide souvent avec elle ou se développe chez des sujets prédisposés à l'urticaire.

De même les faits dénommés *dermographisme* ou *autographisme* ne diffèrent pas de l'urticaire; l'aspect des lésions cutanées est le même dans les deux cas, comme le mécanisme physiologique, et leur pro-

duction sous l'influence des excitations cutanées ne suffit pas à les distraire du cadre de l'urticaire.

L'urticaire ne saurait d'ailleurs, à aucun titre, être considérée comme une affection autonome ; c'est un mode de réaction de la peau sous l'influence de causes diverses et souvent multiples ; c'est, comme le purpura, une lésion cutanée à étiologie variable, d'ordre congestif, une angionévrose.

La lésion cutanée et le prurit qui l'accompagne attirent l'attention au premier abord, mais leur prédominance sur les autres phénomènes morbides ne peut suffire à faire méconnaître ceux-ci ; le nom de fièvre ortiée, appliqué aux cas où l'efflorescence cutanée prend dans la symptomatologie une place plus prépondérante en apparence qu'en réalité, doit disparaître de la pathologie.

L'urticaire, comme l'érythème et le purpura, reconnaît des causes multiples, souvent associées.

La simple pression sur le tégument peut provoquer, en agissant sur les nerfs vasomoteurs périphériques, son apparition chez les sujets prédisposés, qui sont la plupart du temps des névropathes (hystériques, épileptiques, etc.).

La piqûre de l'ortie, celle d'un certain nombre de parasites animaux (puces, poux, punaises, cousins, chenilles, etc.), provoquent souvent des lésions ortiées.

Beaucoup plus fréquentes et plus importantes sont les urticaires de cause interne, et nombreuses sont leurs causes.

Presque toutes sont d'origine toxique.

Les aliments d'origine animale renfermant des toxines par suite de leur putréfaction plus ou moins avancée : viande de porc conservée, salée ou fumée,

gibier, gros poissons de mer, crustacés, mollusques et surtout les moules, fromages fermentés, etc. ; les aliments d'origine végétale renfermant des substances toxiques ou provoquant des fermentations intestinales ou simplement irritant le tube digestif par leur présence : choux, melon, champignons, asperges, truffes, fraises, framboises, glace, liquides alcooliques, café, etc., peuvent, chez les sujets prédisposés, provoquer une éruption urticarienne ; les sujets qui présentent cette prédisposition ne la manifestent généralement que vis-à-vis d'un certain nombre des aliments précédents, et ordinairement ils en connaissent les effets avant de consulter le médecin.

Divers médicaments, la quinine, l'iodure de potassium, l'antipyrine en première ligne, peuvent également chez certains sujets, même à doses très faibles et à première ingestion, être l'origine d'une poussée urticarienne.

Des auto-intoxications, dans le cours des maladies des voies digestives, des affections rénales ou hépatiques, des maladies infectieuses comme la rougeole, la scarlatine, l'impaludisme, le choléra, les angines, les kystes hydatiques, quel que soit leur siège, en sont encore des causes assez fréquentes.

Plus rarement l'urticaire est d'origine nerveuse pure, à la suite d'émotions morales ou de traumatismes graves, par exemple.

L'arthritisme et surtout le neuro-arthritisme y prédisposent singulièrement.

Les causes que nous venons d'énumérer demandent pour agir, nous y avons déjà insisté, une prédisposition particulière ; leur action se porte soit sur le système nerveux central soit sur le système nerveux périphérique, et la réaction cutanée se produit, en

..

raison de la susceptibilité individuelle, sous la forme urticarienne. Telle est, en quelques mots, l'étiologie de l'urticaire.

Traitement. — Cet exposé sommaire des conditions multiples et complexes dans lesquelles se développe l'urticaire suffit à montrer combien le traitement de cette forme dermatologique est variable et doit répondre à des indications diverses, et pourquoi il doit reposer non pas seulement sur la considération de la lésion cutanée, mais sur un examen complet et un interrogatoire minutieux du malade qui en est porteur.

Traiter, comme on le fait souvent, l'urticaire systématiquement par tel ou tel médicament portant son action sur le système nerveux, n'est qu'envisager une donnée secondaire dans la pathogénie de l'urticaire et expose à des échecs fréquents.

En dehors des états morbides graves où la lésion urticarienne apporte peu de modifications au traitement de la maladie primitive, la thérapeutique de l'urticaire est surtout destinée à combattre les intoxications qui en sont la cause la plus ordinaire et à modérer les réactions nerveuses mises en jeu par elles.

Dans presque tous les cas d'urticaire aiguë, la principale indication sera donc fournie par la connaissance d'une intoxication alimentaire ou médicamenteuse, et cette intoxication nécessitera d'abord l'emploi des évacuants : parfois lavage de l'estomac, plus souvent vomitif si l'intoxication est récente ou s'il existe un état saburral de la langue ; lavements répétés, purgatif salin ou huileux si l'ingestion de la substance toxique est plus éloignée, s'il y a de la constipation ou des signes d'entérite. A la médication éva-

cuante on fera succéder l'emploi des antiseptiques intestinaux, pour modérer les fermentations qui sont la cause première de l'urticaire ou la conséquence de l'intoxication, et on ordonnera un régime alimentaire léger, surtout lacté, d'où seront exclues, temporairement au moins, toutes les substances susceptibles de provoquer une éruption ortiée.

Le régime lacté, qui est déjà indiqué par l'état des voies digestives, remplira un autre but, celui de faciliter la diurèse, et, grâce à elle, l'élimination des substances toxiques. Il suffira bien souvent, avec les moyens précédents, à venir à bout d'une éruption urticarienne même intense; l'ingestion de boissons abondantes et diurétiques (eaux de Vittel, de Contrexéville, d'Évian, etc.) ou alcalines (eaux de Vichy, de Vals, de Royat, d'Alet, de Pougues, etc.), de tisanes diurétiques (chiendent, houblon, queues de cerises, stigmates de maïs, etc.) additionnées de 30 à 40 grammes de lactose, complètera le traitement et devra être continuée jusqu'à la disparition de l'éruption.

C'est seulement chez les sujets nerveux, ou lorsque l'urticaire résistera à la médication précédente, qu'on aura recours à l'emploi des médicaments vaso-moteurs et nervins (bromhydrate de quinine, ergotine, antipyrine, bromure de potassium, préparations de valériane, éther, etc.), cette indication étant beaucoup moins impérieuse, dans la plupart des cas, que celle fournie par la notion d'intoxication.

Lorsque l'urticaire existe depuis longtemps, le traitement général s'inspirera encore des principes précédents.

L'emploi des purgatifs répétés, salins ou drastiques, pour lutter contre la constipation, l'antisep-

sie intestinale, l'usage habituel des diurétiques à doses plus faibles, le régime lacté partiel, la suppression des alcools, des excitants, des aliments épicés ou altérés, en seront la base principale; chez les arthritiques, l'usage des eaux alcalines, des préparations bicarbonatées sodiques et de la lithine combattra la prédisposition diathésique.

L'emploi des médicaments vaso-moteurs et nervins, du bromhydrate de quinine à dose de 30 à 50 centigrammes, de l'antipyrine à la dose de 2 à 3 ou 4 grammes, du salicylate de soude à la dose de 2 à 3 grammes, de la teinture de valériane, du valérianate d'ammoniaque, de la belladone (1 à 5 centigrammes d'extrait), parfois de l'ergotine (30 à 50 centigrammes), de l'éther, remplira l'indication tirée du rôle du système nerveux dans la production des saillies ortiées : il sera souvent nécessaire de varier les agents de cette médication et de les expérimenter successivement jusqu'à ce qu'on ait trouvé celui qui convient au malade, l'influence individuelle intervenant aussi bien dans les effets curatifs des médicaments en question que dans la production de l'urticaire elle-même, et une médication systématique par ces agents n'étant pas moins irrationnelle qu'un traitement systématique par une médication. De plus, on devra s'assurer que le médicament employé ne provoque pas lui-même de poussées urticariennes en raison de la prédisposition du malade.

Les traitements thermaux les plus variés (Vichy, Pougues, Royat, La Bourboule, Uriage, etc.) peuvent, suivant les indications fournies par l'état général des malades, produire une amélioration que les médications ordinaires n'ont pu amener chez certains

urticariens tourmentés par les récidives incessantes ou la persistance de leur éruption.

Le *traitement externe* de l'urticaire est beaucoup moins important que le traitement interne, pathogénique, des dermatoses ortiées. Il ne peut cependant être négligé : car, s'il ne guérit pas la maladie, il en atténue dans des proportions considérables le symptôme le plus gênant, le prurit.

Les poudres inertes, et, parmi elles, la poudre d'amidon pure ou mélangée de talc, d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth et d'acide salicylique, employées largement et réappliquées fréquemment, calment toujours plus ou moins ce symptôme.

Le contact des poudres est rendu plus prolongé et leur effet accru lorsqu'on fait précéder leur application de lotions chaudes, qu'on fera de préférence avec des préparations antiprurigineuses : eau additionnée d'un dixième de vinaigre aromatique, d'un quart d'eau de Cologne ou d'alcool de menthe, eau phéniquée au 200e.

Les pommades ou mieux les pâtes à l'oxyde de zinc, au bismuth, additionnées de 1 0/0 d'acide phénique ou de menthol peuvent encore être employées comme antiprurigineux ; leur application, suivie de celle des poudres précédentes, soulage beaucoup les malades.

D'autres antiprurigineux (solution de sublimé au 1000e, solution d'acide cyanhydrique au 10000e, glycérolé tartrique, etc.) peuvent encore être essayés lorsque les précédents sont insuffisants.

Nous n'avons pas parlé des bains ; nous les croyons, avec M. Besnier, plus souvent nuisibles qu'utiles. Il faut, en tous cas, les réserver exclusive-

vement aux urticaires chroniques, et nous donnons alors la préférence aux bains sulfureux sur les bains émollients ou alcalins.

L'emploi des gélatines et des colles peut être utile dans quelques urticaires chroniques, mais le nombre nous en paraît très restreint ; dans quelques cas où nous les avons appliquées, les grattages ont bientôt détaché l'enduit, qui avait dès lors cessé de jouer son rôle protecteur, le seul qu'on puisse lui demander.

Les localisations de l'urticaire sur les muqueuses (œdème de la glotte, accès pseudo-asthmatiques, crises gastro-intestinales) peuvent réclamer, outre le traitement général de l'urticaire, des interventions spéciales sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre ici. Disons seulement que les accès de dyspnée laryngée, malgré leur intensité et leur brusquerie, nécessitent rarement la trachéotomie, et que ces diverses manifestations sont souvent amendées très rapidement par une révulsion cutanée locale énergique. Malgré cette influence de la congestion de la peau sur leur marche, ces manifestations profondes alternent très rarement avec l'urticaire cutanée, et la crainte de leur apparition ne doit pas faire redouter la guérison même rapide de celle-ci.

Régime alimentaire des urticariens. — Qu'il s'agisse d'une urticaire aiguë ou chronique, le malade doit s'astreindre, pendant son cours et à sa suite, à un régime alimentaire sévère, éviter l'usage des aliments ou des médicaments qui provoquent le retour de l'éruption ; la proscription ne s'étendra, bien entendu, à la totalité des substances que nous avons énumérées plus haut que dans le courant de l'attaque d'urticaire.

L'expérience faite par le malade à ses dépens lui indique, souvent mieux que les prescriptions médicales, celles qu'il peut ingérer impunément et celles dont il ne doit pas faire usage ; le médecin doit souvent se borner à appeler son attention sur les substances dont une observation insuffisante ou trop partiale peut lui faire méconnaître la nocivité.

Dans l'urticaire des enfants à la mamelle, la surveillance du régime alimentaire devra s'étendre à la nourrice, dont le lait peut être le véhicule de substances nuisibles à son nourrisson et, là encore, on se guidera sur les résultats d'une observation attentive.

APPENDICE

Urticaire pigmentée

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom d'urticaire pigmentée à une dermatose des plus rares, propre à la première enfance, caractérisée par la production d'élevures ortiées très prurigineuses, auxquelles succèdent des macules ou des plaques saillantes de coloration brune ; la marche chronique de l'affection est entrecoupée par des poussées aiguës de congestion cutanée avec développement de vésicules ou de bulles, se succédant à intervalles variables pendant plusieurs années.

L'étiologie de cette affection est complètement inconnue ; il s'agit d'une angionévrose, comme dans l'urticaire vulgaire ; mais ses relations avec cette dernière ne s'étendent pas plus loin et la dénomination d'urticaire pigmentée ne peut être considérée que comme une comparaison, non comme une assimilation entre les deux états morbides.

Traitement. — La thérapeutique ne paraît pas avoir d'action nette sur l'évolution de l'urticaire pigmentée. En l'absence d'une pathogénie rationnelle, on ne peut que conseiller l'emploi des médicaments vaso-moteurs et nervins utilisés contre l'urticaire vulgaire, en particulier des préparations de quinine et de belladone au moment des poussées, peut-être celui des antiseptiques intestinaux, enfin celui des divers topiques antiprurigineux.

PRURITS

Exposé clinique et étiologique. — Le prurit est un symptôme de nombreuses dermatoses : son traitement se confond alors avec celui de ces maladies et, lorsqu'il réclame une médication spéciale, a été ou sera indiqué à propos de chacune d'elles.

Mais, à côté des cas où le prurit est le symptôme ou l'épiphénomène d'une maladie cutanée, il en est d'autres où il constitue à lui seul toute la symptomatologie, — tout au moins au début : car ultérieurement il peut devenir l'origine de lésions secondaires du tégument. Ces lésions secondaires peuvent revêtir des types assez divers, par suite de la réaction cutanée propre au sujet ou par suite des infections dont est suivie la rupture de la couche épidermique ; elles peuvent, par exemple, revêtir l'aspect de l'urticaire, du lichen ou de l'eczéma, ou se traduire par la production de pustules d'ecthyma ; le plus souvent, elles sont constituées par des papules de petites dimensions, persistantes, recouvertes d'une croûtelle, lésions qui ont reçu le nom de papules de prurigo.

Aussi prurit et prurigo (voir le chapitre suivant) ne sont-ils souvent que deux aspects cliniques d'une même affection, et la distinction entre ces deux états morbides est-elle parfois plus théorique que clinique, plus apparente que réelle. Dans certaines affections, comme le prurigo de Hebra, les papules constituent un caractère dermatographique trop important et trop constant pour ne pas entrer dans la dénomination de la maladie ; mais dans d'autres affections, prurit et prurigo se confondent et l'une des dénominations est aussi justifiée que l'autre.

Cependant, pour nous conformer à l'usage, nous étudierons ici les prurits toxiques, le prurit dit sénile, les prurits nerveux, le prurit d'hiver de Duhring, ainsi que les prurits localisés.

Les *prurits toxiques* peuvent reconnaître pour cause l'absorption de différentes substances, parmi lesquelles il faut citer surtout la morphine et la cocaïne, ou des auto-intoxications, le diabète, les troubles du fonctionnement du foie avec cholémie (nous ne disons pas ictère, car le prurit peut précéder l'ictère et paraît dû au passage dans le sang des sels biliaires bien plus que des matières colorantes de la bile), les obstructions calculeuses ou autres des voies biliaires, les cirrhoses, etc., les troubles du fonctionnement du rein, néphrites, anurie, oligurie, etc., plus rarement les affections gastro-intestinales chroniques. Ces prurits, parfois très violents, peuvent occuper toute la surface cutanée ; ils se calment lorsque la maladie causale vient à s'amender ou à guérir.

Le *prurit sénile*, attribué par quelques auteurs à l'involution sénile des nerfs cutanés, nous paraît se confondre avec les prurits toxiques et relever des

troubles de la fonction rénale produits par la néphrite interstitielle sénile. Il débute vers l'âge de soixante-cinq ans et est remarquable par sa ténacité et sa résistance à tous les traitements.

Les *prurits nerveux* sont moins bien connus que les prurits toxiques : parfois provoqués par des troubles fonctionnels des organes sexuels — le prurit de la grossesse paraît être surtout un prurit nerveux, quoique l'insuffisance des fonctions rénales dont la tâche est accrue par le fait même de la grossesse semble y jouer aussi un rôle important — ils peuvent constituer une manifestation rare des diverses névroses, hystérie, épilepsie, goître exophthalmique, neurasthénie, etc ; plus souvent ils traduisent une tendance névropathique, héréditaire ou acquise, sans coïncider avec des accidents nerveux plus caractérisés ; ils s'accompagnent fréquemment de lésions tégumentaires lichénoïdes ou eczématiformes et se confondent alors avec les prurigos diathésiques de M. Besnier.

Le *prurit d'hiver* (pruritus hiemalis de Duhring), caractérisé par son développement au commencement de la saison froide, sa persistance jusqu'au printemps, ses exacerbations vespérales, sa localisation habituelle aux membres, particulièrement à la face antérieure de la cuisse et à la face externe de la jambe, nous paraît se rapprocher beaucoup des prurits nerveux ; se développant de préférence chez des adultes arthritico-nerveux, il s'accompagne fréquemment de lésions papuleuses ou eczématiformes ; à l'influence du froid il faut ajouter, pour en expliquer le retour saisonnier, l'usage de vêtements trop rudes et irritants (Besnier).

Les différentes formes de prurit que nous venons

de rappeler sont généralisées ou tout au moins occupent de larges étendues de la surface cutanée.

Quelques prurits, d'origine arthritico-nerveuse le plus souvent, sont localisés à certaines régions où ils s'établissent avec une désespérante ténacité. Les prurits des régions orificielles méritent, à ce point de vue et aussi en raison des indications thérapeutiques qu'ils fournissent, une mention particulière.

Tels sont le prurit des narines, le prurit du scrotum, le prurit anal et le prurit vulvaire. En dehors des causes générales, qui en exagèrent les effets, le prurit anal et le prurit vulvaire sont souvent déterminés par des causes locales : oxyures, hémorrhoïdes, usage d'aliments excitants comme le poivre, le café, l'alcool, etc., pour le prurit anal ; troubles utérins avec leucorrhée, vaginite, contact de l'urine altérée chez les diabétiques et les uricémiques, pour le prurit vulvaire. Dans ces régions, l'irritation provoquée par les grattages incessants vient souvent transformer un prurit, simple au début, en lésions lichénoïdes ou eczématiformes secondaires.

Traitement. — Les états diathésiques, les lésions et les troubles fonctionnels des viscères, qui provoquent le prurit ou en augmentent l'intensité, doivent être l'objet d'une attention particulière et commandent fort souvent l'intervention thérapeutique. Alors même que les viscères ne sont pas le siège de lésions manifestes, l'emploi de l'antisepsie intestinale et des diurétiques rend souvent de grands services chez les prurigineux, en supprimant des causes d'intoxication qui s'ajoutent aux autres causes de l'affection.

Le régime alimentaire doit également être surveillé attentivement, et on doit en proscrire toutes les

substances susceptibles de provoquer l'irritation de la peau : aliments épicés et salés, viande de porc, conserves, gibier, poissons de mer, crustacés, mollusques, fromages fermentés, choux, asperges, végétaux acides, alcools, café et thé. Dans les cas intenses, on prescrira comme boisson aux repas le lait coupé d'eaux minérales alcalines, ou les infusions amères ou aromatiques. L'emploi des laxatifs répétés, huileux, salins ou drastiques, des poudres laxatives, complètera l'effet de l'antisepsie intestinale ; comme dans toutes les dermatoses tenaces, la constipation devra être évitée à tout prix.

Lorsque le système nerveux intervient dans la production d'un prurit à titre d'élément primordial ou associé, on cherchera à le calmer par une hygiène physique et intellectuelle convenable, et on interviendra soit par l'hydrothérapie, de préférence sous la forme de douches tempérées (34 à 37°) de 4 à 10 minutes de durée, soit par les médicaments nervins : bromure de potassium, préparations de valériane et antipyrine surtout; les préparations de belladone et d'atropine (1/2 à 1 milligramme par jour) peuvent encore être utilisées; les opiacés doivent être rejetés, en raison du prurit qu'ils déterminent eux-mêmes à la suite de leur usage prolongé. L'acide phénique, à la dose de 20 à 50 centigrammes par jour, en pilules de 10 centigrammes prises au moment des repas, peut encore être administré comme antiprurigineux, à la condition que les voies digestives le supportent et que l'examen des urines soit pratiqué régulièrement pour pouvoir parer dès le début aux accidents d'intoxication; il est quelquefois très utile dans les prurits de diverses causes.

L'électrisation statique vantée par quelques au-

teurs, Leloir (1) en particulier, dans les prurits de longue durée peut être employée avec les précautions convenables : son rôle nous paraît être surtout suggestif.

Le *traitement local* des prurits varie beaucoup suivant leur intensité et leur extension.

Dans les prurits légers, les applications de poudres inertes, additionnées d'acide salicylique, rendues adhérentes par des lotions chaudes avec des liquides antiprurigineux, peuvent suffire.

Ces dernières lotions, répétées fréquemment (eau blanche, alcool camphré, solution phéniquée à 1/200, solution d'acide cyanhydrique à 1/10000, eau de laurier cerise, solution de chloral à 1/100, alcool de menthe étendu d'eau, etc.), peuvent être employées dans tous les cas, comme adjuvants des autres modes de traitement; elles sont rarement suffisantes à elles seules dans les prurits présentant quelque intensité.

Les enveloppements avec des compresses imbibées de solutions antiprurigineuses (solution phéniquée à 1/300 ou 400, salicylée à 1/200 ou 400, solution de sublimé à 1/2000, salicylate de soude à 1/50 ou 1/100, solution d'ichthyol à 1 ou 2 0/0, etc.), convenablement étanchées, recouvertes d'une toile de caoutchouc ou de taffetas gommé souple et maintenues appliquées par des bandes de tarlatane, constituent un mode de traitement utile dans un grand nombre de prurits rebelles (Besnier). Ils ont l'inconvénient de nécessiter le repos au lit, ou tout au moins de gêner l'existence des malades ; ils doivent de plus être surveillés de près, la présence prolongée de linges humides pouvant amener la macération de

(1) *Académie des Sciences*, 1893.

l'épiderme et son irritation ; il est souvent nécessaire de varier la nature et le titre des solutions, certains malades supportant mal une substance qui chez d'autres donne des résultats excellents. Il y a donc lieu d'expérimenter successivement plusieurs des préparations précédentes et de procéder par tâtonnement pour trouver celle qui convient dans un cas donné.

En règle générale, ces enveloppements seront réservés pour la nuit et, pendant le jour, on se contentera d'appliquer directement sur la peau de la toile de caoutchouc très fine, en forme de vêtements peu lâches ou en morceaux maintenus par des bandes souples. (Besnier.)

L'enveloppement est surtout applicable aux prurits localisés ou peu étendus.

Les effets des bains sont très variables suivant les sujets : certains se trouvent bien de bains simples, de bains d'amidon, d'eau de tilleul, de camomille, de feuilles d'oranger, parfois de bains sulfureux ou boratés, tandis que d'autres, et c'est le plus grand nombre, éprouvent à leur sortie d'un bain, même court, une exacerbation qui dure plusieurs heures. On ne devra donc en user qu'avec modération et suivant les résultats de l'expérience dans chaque cas particulier.

Il n'en est pas moins vrai que, dans les prurits intenses et rebelles, les traitements thermaux de Royat, la Bourboule, Néris, Plombières, etc., peuvent amener une sédation des phénomènes prurigineux, à laquelle participe parfois autant que le traitement thermal lui-même le changement dans les conditions d'existence des malades.

Les pommades peuvent être employées dans le traitement des prurits. Les glycérolés et en particu-

lier] le glycérolé d'amidon additionné d'un 30e d'acide tartrique (Vidal) sont quelquefois utiles, dans les prurits peu étendus. Le plus ordinairement, il y a avantage à se servir de pommades épaisses, ou mieux de pâtes. M. Besnier emploie une pâte composée de parties égales de vaseline et d'oxyde de zinc ; on peut encore remplacer l'oxyde de zinc par un mélange de poudre d'amidon et d'oxyde de zinc ; ces enduits sont adhérents, couvrent très bien les parties sur lesquelles on les applique ; l'addition de 3 à 5 0/0 de naphthol et surtout de 1 à 2 0/0 d'acide phénique ou de menthol leur donne des propriétés antiprurigineuses très manifestes et les rend précieux dans les divers prurits. Comme ils ne graissent pas le linge, on peut se dispenser de les recouvrir d'une couche de poudre.

Les pommades à la cocaïne et à la morphine ne nous ont jamais paru jouir de propriétés calmantes manifestes ; les pommades au calomel ou au cyanure de potassium, préconisées par quelques auteurs, doivent être proscrites en raison de l'absorption possible de ces substances très toxiques.

Les applications de colles et de gélatines réalisent d'une façon parfaite l'occlusion de la peau, qui joue un si grand rôle dans la suppression du phénomène subjectif prurit ; c'est même là le seul effet que nous leur reconnaissions ; aussi l'addition de substances antiprurigineuses aux colles nous semble-t-elle absolument inutile. On trouvera dans une autre partie de cet ouvrage (T. II, p. 228) les formules et le mode d'application des colles. Disons seulement ici que, dans les divers prurits, toxiques ou nerveux, nous en avons presque toujours obtenu des résultats très favo-

rables, à la condition que la peau ne présente ni excoriations ni lésions secondaires suintantes : tant que l'enduit reste intact, et son intégrité dépend de conditions multiples (composition de la colle, mode d'application, abondance de la sécrétion sudorale), le prurit est supprimé. L'inconvénient de ce mode de traitement est la nécessité de recourir à une nouvelle application de colle lorsque la première a perdu son adhérence.

Les emplâtres (emplâtre adhésif simple ou boriqué, emplâtre à l'oxyde de zinc, emplâtre rouge de Vidal, etc.) peuvent encore être utilisés pour produire l'occlusion de la peau ; ils ne sont guère applicables qu'aux prurits très localisés, en raison de leur prix assez élevé.

Il est à peine besoin de faire remarquer que les complications du prurit, lésions eczématiformes, lichénoïdes, ecthymateuses, peuvent nécessiter une modification dans l'emploi de ces divers modes de traitement.

Les règles et les moyens précédents sont applicables à la généralité des cas de prurits ; quelques-uns présentent des indications particulières.

Dans le *prurit d'hiver*, on devra faire porter au malade des vêtements suffisamment chauds, en ayant soin de placer toujours sur la peau des linges fins.

Dans les *prurits localisés des régions orificielles*, outre le traitement local des lésions et le traitement général du neuro-arthritisme et celui des affections viscérales concomitantes, on exigera une propreté minutieuse de la région, on prescrira des lavages, répétés chaque fois qu'elle sera souillée par les sécrétions ou les excrétions, avec de l'eau boriquée ou phéno-

salylée tiède ou chaude. Les lotions avec des solutions antiprurigineuses, parmi lesquelles l'eau blanche et les solutions phéniquées sont surtout recommandables, des applications de pommade boriquée, de pommade à l'oxyde de zinc, suivies de saupoudrage à l'amidon ou avec une autre poudre inerte, et l'interposition d'un linge fin ou d'un tampon d'ouate recouvert de la même poudre compléteront le traitement et suffiront dans beaucoup de cas à calmer le prurit. Si celui-ci résiste à ces modes de traitement, on pourra recourir à l'emploi des pommades belladonées, morphinées, iodoformées, des pommades à la cocaïne dont il ne faut cependant pas espérer les effets merveilleux indiqués par quelques auteurs, ou aux pommades additionnées de 0,50 à 2 0/0 de menthol, si elles ne provoquent pas une sensation trop pénible de refroidissement suivie d'une ardeur vive.

Dans les cas rebelles de prurit anal et vulvaire, les cautérisations ponctuées avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère amènent souvent une amélioration considérable et la disparition rapide du prurit. Il faut, croyons-nous, voir dans leurs effets non seulement le résultat d'une irritation locale substitutive, mais encore et surtout une action suggestive, qui se fait sentir chez les sujets névropathes comme le sont presque tous les malades atteints de ces névroses cutanées. C'est encore à cet effet suggestif que nous croyons devoir rapporter les résultats obtenus parfois par l'emploi de l'électricité, galvanique ou statique.

Dans quelques cas, l'échec de toutes les médications précédentes conduit à pratiquer des scarifications linéaires ou même le grattage de la région,

suivi, bien entendu, de l'emploi de minutieuses précautions antiseptiques.

PRURIGOS

On donne le nom de prurigo à des affections cutanées caractérisées par la présence de papules fermes, persistantes, centrées par une croûtelle brunâtre et accompagnées de prurit.

Nous avons déjà montré, dans le chapitre précédent, comment prurit et prurigo se confondaient dans bon nombre de cas, comment le prurit simple pouvait devenir l'origine du prurigo. Nous n'y reviendrons pas et nous décrirons seulement dans ce chapitre l'affection à laquelle l'école de Vienne réserve le nom de prurigo, le prurigo de Hebra, suivant la dénomination proposée par M. Besnier, et les affections auxquelles M. Besnier a donné le nom de prurigos diathésiques.

Prurigo de Hebra

Exposé clinique et étiologique. — Le prurigo de Hebra (encore appelé par Vidal lichen polymorphe chronique) est constitué par des papules de la dimension d'une tête d'épingle environ, saillantes et acuminées au début, dont le sommet se recouvre bientôt, à la suite des excoriations produites par le grattage, d'une croûtelle brunâtre ; s'il ne survient pas d'infection secondaire, la croûtelle est remplacée par une cicatrice blanchâtre qui s'entoure d'une légère zone pigmentée; mais les lésions peuvent subir d'autres transformations, prendre l'aspect eczémateux, avec

sécrétions plus ou moins abondantes, ou être infectées par les microbes pyogènes de la peau et devenir l'origine de pustules d'apparence impétigineuse ou ecthymateuse.

Les papules de prurigo, souvent réunies en grand nombre dans une région, s'accompagnent parfois d'un certain degré d'épaississement de la peau, sur laquelle on observe simultanément des papules à des degrés divers de leur développement, entremêlées de cicatrices de lésions anciennes.

Les ganglions lymphatiques correspondants sont ordinairement tuméfiés, souvent très volumineux, jamais suppurés.

Les lésions du prurigo peuvent se développer sur toutes les régions du corps ; elles prédominent généralement sur les membres, où elles occupent de préférence le côté de l'extension ; à la face, où il est habituel de les rencontrer, elles sont généralement disséminées.

Le prurigo de Hebra s'accompagne toujours de démangeaisons qui sont souvent violentes. Le prurit peut présenter une intensité variable, d'où les dénominations de ferox et de mitis attribuées à ses deux formes cliniques extrêmes.

Cette affection débute généralement dans l'enfance ; souvent précédée de poussées répétées d'urticaire, elle persiste pendant des années, ou plutôt se reproduit pendant plusieurs années, sous la forme de crises ou d'accès survenant de préférence en hiver.

Les sujets atteints de prurigo de Hebra présentent souvent les attributs du lymphatisme ; ils sont généralement de souche nerveuse et peuvent eux-mêmes offrir des manifestations neuropathiques, dont la plus fréquente est l'asthme. Les troubles digestifs,

si habituels chez les névropathes, coïncident souvent avec cette affection ; mais il semble au moins exagéré d'attribuer, comme l'ont fait quelques auteurs, une influence prépondérante à l'ectasie gastrique de l'enfance dans son développement.

Traitement. — Le *traitement interne* du prurigo de Hebra consiste essentiellement dans l'emploi de l'huile de foie de morue à aussi haute dose que possible ; ce médicament répond à l'indication fournie par l'état lymphatique des sujets ; il a de plus pour effet d'augmenter les sécrétions cutanées, presque toujours diminuées chez eux.

Pendant la saison chaude, où l'usage interne de l'huile de foie de morue ne peut être continué sans inconvénient, on la remplacera par les préparations iodurées et arsenicales.

On a encore proposé l'emploi de la pilocarpine pour activer la sécrétion sudorale dont l'exagération pendant la saison chaude améliore les lésions cutanées ; mais les difficultés de l'administration régulière de cette substance par la voie hypodermique, ses dangers et le peu de netteté des résultats obtenus par cette méthode ne nous permettent pas de la recommander.

Chez les sujets manifestement nerveux, l'usage des préparations de valériane, plus rarement des bromures, produit parfois une amélioration des symptômes fonctionnels du prurigo de Hebra ; M. Angagneur a préconisé l'acide phénique, qui amène également parfois, à la dose de 20 à 50 centigrammes par jour en pilules de 10 centigrammes, un amendement du prurit.

Les douches tempérées (34 à 37°) réussissent parfois, mais non toujours, à calmer le prurit.

Les bains tièdes et prolongés sont également utiles dans quelques cas, mais c'est l'exception.

Les eaux minérales, la Bourboule en première ligne, Uriage, Saint-Honoré, Luchon, Salies-de-Béarn, Bex, etc., peuvent être utilisées et souvent avec grand profit, suivant les tendances constitutionnelles des sujets ; de même le séjour au bord de la mer, sur les plages non excitantes de l'Ouest en été, sur la rivière de Gênes en hiver.

L'électricité statique ou dynamique, vantée par quelques auteurs, ne nous a pas semblé répondre aux espérances de ses promoteurs.

Le *traitement local* du prurigo de Hebra consiste surtout dans les applications de pommades ou de corps gras additionnés ou non de substances antiprurigineuses et dans l'occlusion au moyen des colles et des emplâtres.

L'emploi de ces divers topiques doit être précédé, s'il y a lieu, du traitement des complications eczémateuses (applications de compresses trempées dans l'eau bouillie, dans l'eau de camomille, dans la solution de phéno-salyl à 1 pour 300 ou 500, enveloppement de caoutchouc, etc.) ou ecthymateuses (applications de compresses trempées dans une solution de sublimé à 1/3000).

Lorsque le prurigo a été ramené ainsi à l'état de simplicité, on peut employer soit les pommades et les pâtes d'oxyde de zinc additionnées de 1 à 5 0/0 naphthol (Kaposi), de 1 à 2 0/0 d'acide phénique ou de menthol, soit mieux encore les onctions avec l'huile de foie de morue qui est incontestablement le meilleur topique gras contre le prurigo de Hebra. Dans les cas intenses, le corps doit être constamment enduit d'huile de foie de morue et recouvert d'un

vêtement complet de flanelle légère; chaque jour on lave à l'eau chaude et au savon et on fait une nouvelle onction.

Dans les cas moyens ou légers, on peut se contenter d'appliquer l'huile de foie de morue la nuit; le matin, on lave à l'eau chaude et au savon de toilette ou au savon de naphthol, on fait une friction avec une flanelle aspergée d'un alcoolat aromatique, puis on recouvre les parties malades de toile fine de caoutchouc (Besnier). Le seul inconvénient de cette médication est l'odeur de l'huile de foie de morue; elle est moins prononcée si on a soin de se servir d'huile blonde; on peut la modifier par l'addition 1/100 d'acide phénique, sauf chez les jeunes enfants. Il sera prudent de continuer les onctions pendant plusieurs semaines après la disparition des lésions cutanées.

Les colles, appliquées par Unna et Pick au traitement d'un certain nombre de dermatoses, peuvent être très avantageusement utilisées, dans le prurigo de Hebra, même dans ses formes les plus généralisées, ainsi que l'a montré M. Tenneson (1). Elles ne doivent jamais être employées avant la guérison des complications eczémateuses; mais, après la disparition de celles-ci, elles calment rapidement le prurit, qui ne reparaît que quand l'enduit se détache. Nous ne saurions assez recommander ce mode de traitement, qui, dans tous les cas où nous l'avons mis en pratique, nous a donné des résultats incomparablement plus rapides et plus satisfaisants que les méthodes classiques. (Voir à ce sujet, T. II, p. 228.) Il est évident que les colles ne peuvent être étendues sur la face,

(1) *Médecine moderne*, 11 août 1892, p. 505.

où les onctions grasses restent le seul traitement applicable.

Lorsque les lésions du prurigo sont peu étendues, les emplâtres peuvent être utilisés pour leur traitement (emplâtres adhésif, simple ou boriqué, etc.); mais nous leur préférons de beaucoup les colles.

Prurigos diathésiques.

Exposé clinique et étiologique. — M. Besnier désigne sous le nom de prurigos diathésiques des affections caractérisées par un prurit intense et par des lésions cutanées multiformes, reproduisant l'eczéma dans ses diverses variétés morphologiques, ou constituées par des papules tantôt analogues à celles du prurigo de Hebra tantôt ressemblant à celles du lichen.

Ces dermatoses multiformes se montrent par poussées successives, à retours parfois périodiques et saisonniers, d'autres fois provoqués par des troubles dyspeptiques ou des émotions morales. Elles apparaissent à une période plus avancée de l'existence que le prurigo de Hebra, ont une marche moins régulière, et surtout une variabilité de lésions plus grande que cette dermatose. Elles correspondent à certains faits désignés sous le nom d'eczéma nerveux, de prurigo simple, de lichen aigu, etc.

Se développant surtout chez des sujets à tendance névropathique plus ou moins accusée, elles peuvent être provoquées par des troubles gastro-intestinaux, des altérations des fonctions rénales.

Traitement. — La constatation des troubles viscéraux et de l'état névropathique montre la voie à suivre pour le traitement interne de ces dermatoses; les préparations de valériane, de belladone, plus

rarement les bromures, l'hydrothérapie tiède, en constituent les principaux agents ; l'usage du bicarbonate de soude, de la lithine chez les arthritiques, du fer, de l'arsenic chez les anémiques, des préparations iodurées ou de l'huile de foie de morue chez les sujets entachés de lymphatisme, le traitement des troubles gastro-intestinaux ou rénaux, s'il y a lieu, doivent leur être associés.

Localement, les applications de pommades à l'oxyde de zinc additionnées d'acide phénique, de menthol, les enveloppements avec des compresses imbibées d'eau bouillie, d'infusion de camomille, de solution de phéno-salyl, d'ichthyol, etc., les enveloppements de caoutchouc dans les formes eczémateuses, les applications d'emplâtres dans les formes sèches et lichénoïdes, doivent être employés, en variant les topiques suivant l'état des téguments, suivant la tolérance du sujet et suivant les résultats obtenus : les règles plus précises de ces traitements seront exposées au chapitre de l'eczéma (Voir T. I, p. 386).

Les applications de colles nous ont donné dans ces dermatoses, à condition qu'elles ne s'accompagnent pas de suintement, des résultats presque aussi favorables que dans le prurigo de Hebra. Les emplâtres peuvent être utilisés lorsque les lésions sont plus circonscrites.

LICHENS

Les anciens dermatologistes décrivaient sous le nom de lichens une série d'affections papuleuses et généralement prurigineuses ; ils avaient ainsi constitué un groupe hétéroclite. Hebra, dont les doctrines

sont encore aujourd'hui presque universellement adoptées dans les pays de langue allemande, a, par une réaction excessive, réduit ce groupe à deux affections encore très dissemblables : le lichen ruber, dont la conception s'est modifiée singulièrement depuis Hebra, et le lichen scrofulosorum, que nous avons décrit dans le chapitre des tuberculoses cutanées.

Sans insister ici sur des points délicats de doctrine encore très discutés, nous n'étudierons dans ce chapitre que le lichen de Wilson et le lichen circonscrit ou lichen simple chronique de Vidal, affections caractérisées toutes deux par la production de papules résistantes accompagnées de prurit, persistant à l'état de papules sans adjonction d'autres lésions cutanées, sauf le cas de complications accidentelles.

Rappelons seulement, pour éviter toute ambiguïté dans l'esprit du lecteur, que le prurigo de Hebra a été décrit sous le nom de lichen polymorphe chronique (Vidal), le strophulus sous celui de lichen simple aigu (Vidal), la xérodermie pilaire sous celui de lichen pilaire (les anciens dermatologistes), le pityriasis rubra pilaire sous le nom de lichen ruber acuminé (Kaposi), et les eczémas avec infiltration dermique ou lichénification secondaire, suivant l'expression de M. Brocq, sous les noms de lichen avec les qualifications diverses (les anciens dermatologistes) ou d'eczéma lichénoïde (auteurs allemands).

Lichen de Wilson.

Exposé clinique et étiologique. — Erasmus Wilson a le premier décrit exactement, sous la dénomination de lichen planus, une dermatose caractérisée par des papules résistantes, de longue durée, à surface gé-

néralement plane, accompagnées d'un prurit intense.

Le caractère plan des papules, tout en répondant à la généralité des cas, n'étant pas absolument constant, nous préférons aux noms de lichen plan, généralement usité, et de lichen ruber plan, adopté en Allemagne, celui plus compréhensif de lichen de Wilson.

La lésion élémentaire du lichen de Wilson qui, en raison de la variabilité des aspects de la maladie, en constitue la seule caractéristique clinique constante, est une papule de coloration rouge tirant sur le brun ou le violet, polygonale, de la dimension d'une tête d'épingle ; brillante à sa surface qui est ordinairement plane, avec une très minime dépression de sa partie centrale, la papule est quelquefois au contraire saillante et arrondie ou acuminée, parfois recouverte d'une mince squamule très adhérente.

Les papules peuvent être isolées; plus souvent elles se réunissent en groupes plus ou moins larges, de forme allongée ou irrégulière.

L'éruption peut envahir les diverses régions du corps, simultanément ou à la suite de poussées à marche rapide ou lente; elle peut même se montrer sur les muqueuses buccale et vaginale, sous la forme de petites papules blanc d'argent et brillantes.

Dans certains cas, l'affection, au lieu d'occuper des portions étendues du tégument, se circonscrit à une ou plusieurs régions; parfois alors les papules s'agglomèrent en placards épais, de coloration violacée ou grisâtre, saillants, de consistance ferme, revêtus de minces squames très adhérentes constituant le *lichen corné*, dont le siège de prédilection est la face interne de la jambe.

Dans quelques cas rares, les placards, occupant

ordinairement la partie antéro-inférieure de l'avant-bras, sont au contraire atrophiés, blancs, d'aspect cicatriciel (*lichen atrophique*).

Quels que soient sa forme et son mode de début, le lichen de Wilson est une affection des plus prurigineuses, persistant pendant un temps fort long, qui n'est jamais moindre de plusieurs mois ; mais, une fois guéri, contrairement à nombre de dermatoses prurigineuses, il n'a aucune tendance à récidiver.

Les lésions, et cela est important à spécifier au sujet atteint, laissent toujours après elles, quel que soit le traitement employé, des macules pigmentaires persistant pendant plusieurs semaines.

Le lichen de Wilson est essentiellement une affection d'origine névropathique ; si l'arthritisme y prédispose, c'est surtout en raison de son association fréquente avec une tendance nerveuse plus ou moins accusée ; les émotions morales vives, les chagrins, le surmenage intellectuel se rencontrent constamment au début de l'affection, pour peu qu'on les recherche. Dans le cours même de l'affection, les troubles neurasthéniques sont habituels, exagérés par l'intensité du prurit et par l'insomnie qu'il entraîne fréquemment.

Traitement. — Le *traitement interne* du lichen de Wilson doit, surtout dans ses formes généralisées, s'inspirer principalement des données étiologiques précédentes et des complications névropathiques de la dermatose.

Outre le régime alimentaire sévère applicable à toutes les dermatoses chroniques prurigineuses et les soins nécessités par les troubles digestifs, il doit tendre à calmer la susceptibilité nerveuse du sujet. Les préparations de valériane, de belladone, plus ra-

rement les opiacés, les bromures ou le chloral, qui sont surtout destinés à combattre l'insomnie, seront employés dans ce but. Les douches préconisées par M. Jacquet (1) constituent un excellent moyen de traitement des troubles nerveux qui provoquent ou accompagnent le lichen de Wilson : elles doivent, suivant sa recommandation et celle de M. Beni-Barde (2), être tempérées, à une température agréable au malade (34 à 37°), et non froides et avoir une durée de 3 à 6 minutes ; dans les cas intenses, elles peuvent être répétées 2 fois par jour. Sous leur influence, le sommeil se rétablit, les fonctions digestives se régularisent ; cette amélioration n'est cependant pas une guérison de la dermatose et ses lésions, tout en diminuant d'intensité et en devenant moins animées, persistent encore pendant des semaines. Il s'agit donc d'un traitement de longue haleine, dont la suspension amène rapidement le retour des phénomènes qu'il modérait.

Comme tous les névropathes à manifestations sérieuses, les sujets atteints de lichen de Wilson doivent être soumis à une hygiène générale et morale sévère : exercice convenable, travail intellectuel modéré, suppression de toutes les causes de fatigue, éloignement des occupations absorbantes, séjour à la campagne ou dans les stations thermales non excitantes, Plombières, Royat, la Bourboule, Luxeuil, Néris, etc., et à l'emploi des toniques généraux : quinquina, kola, glycéro-phosphates, etc.

L'arsenic a été longtemps considéré comme le véritable agent modificateur du lichen de Wilson, et,

(1) *Société française de dermatologie*, 1891 et 1892.
(2) *Académie de médecine*, 1893, et *Gaz. hebd. de médec.* 1893, p. 413.

s'il ne guérit pas toujours cette affection même lorsqu'on l'administre à hautes doses, s'il n'est pas non plus indispensable à son traitement, il mérite néanmoins d'être utilisé, principalement sous la forme de liqueur de Fowler administrée à dose tolérée par la voie gastrique ou hypodermique (Köbner) ; il semble agir moins comme spécifique de la lésion cutanée que comme modificateur de la nutrition générale.

L'acide phénique à l'intérieur, l'antipyrine et toute la série des antiprurigineux, vrais ou supposés, ont été employés dans le lichen de Wilson avec des résultats variables, mais le plus souvent insuffisants.

Le *traitement local* de cette affection est, dans les formes généralisées, celui des diverses dermatoses prurigineuses : les lotions vinaigrées, alcooliques et aromatiques procurent un soulagement réel, mais passager, et c'est surtout aux pommades et aux pâtes qu'on doit s'adresser : glycérolé tartrique au trentième, pâtes de zinc additionnées de menthol, d'acide phénique, de naphthol; l'addition de l'acide salicylique (1 à 3 0/0), de l'acide pyrogallique (3 à 5 0/0), de la résorcine (2 à 5 0/0), facilite la disparition des lésions cutanées.

Les emplâtres (emplâtres adhésifs simples, emplâtre salicylé faible) sont d'un usage moins courant en raison de la dissémination des lésions, et ne peuvent être utilisés qu'au niveau des parties les plus atteintes, où les papules sont réunies en grand nombre et en groupes larges.

L'emploi des colles nous a donné, dans cette dermatose, des résultats variables et rarement aussi remarquables que dans les prurits et le prurigo de Hebra.

Dans les formes particulièrement irritatives, dans

les poussées aiguës qui surviennent au début ou au cours de l'affection, les lotions émollientes, les enveloppements avec des compresses imbibées de solutions de phéno-salyl, de salicylate de soude, de sublimé, d'ichthyol (voir le traitement du prurit T. I, p. 345), ou même, si ces applications ne sont pas supportées, les onctions à l'axonge benzoïnée ou au liniment oléo-calcaire doivent remplacer temporairement les topiques précédents. Les bains de son ou d'amidon peuvent encore être tentés, s'ils ne provoquent pas une exacerbation du prurit et des lésions cutanées.

Dans les formes localisées, à type corné, le traitement est très différent : on doit se proposer d'abord de produire l'exfoliation des couches épidermiques épaisses qui recouvrent les placards cornés : les applications de savon noir, d'emplâtres salicylés et résorcinés, d'emplâtre de Vigo, aidés de grattages à la curette lorsque l'épiderme est ramolli, permettent d'atteindre ce but. Ces derniers emplâtres, les pommades à l'acide pyrogallique, les badigeonnages à l'acide chrysophanique (Voir T. II, p. 226) peuvent ensuite être utilisés pour faire disparaître les lésions dermiques, qui sont essentiellement rebelles. Lorsque ces moyens échouent, on peut, en dernière ressource, enlever les placards à la curette ou les détruire par la cautérisation ignée (Besnier).

Lichen circonscrit.

Exposé clinique et étiologique. — Nous considérons comme un lichen, en raison de la persistance des papules et de l'absence — sauf complication

due au grattage — de toute lésion eczémateuse, une affection désignée par les auteurs allemands sous le nom d'eczéma lichénoïde.

Cette affection, appelée lichen circonscrit par les anciens dermatologistes, désignée par Vidal sous le nom de lichen simplex chronique, par M. Brocq sous le nom de névrodermite circonscrite, est caractérisée par la présence de plaques bien délimitées, de forme arrondie, ovalaire, triangulaire ou irrégulière, d'étendue variable, atteignant rarement la largeur de la paume de la main ; ces plaques sont légèrement saillantes, de coloration rouge généralement sombre, violacée ou brunâtre, sillonnées de plis épidermiques exagérés formant à leur surface un quadrillage irrégulier. A leur périphérie, on voit souvent des papules de la dimension d'une tête d'épingle, fermes et résistantes, et, sur les parties externes de la plaque elle-même, on retrouve parfois la trace des papules initiales qui l'ont constituée par leur cohérence. La consistance des lésions est ferme, la plaque se laisse difficilement plisser.

Ces plaques occupent surtout les parties latérales et postérieure du cou, la région lombaire, la région fessière, la partie supérieure des cuisses, et conservent dans ces régions leur aspect uniquement papuleux, sans lésions secondaires d'àpparence eczémateuse. Au niveau des plis articulaires, aisselles, poignets, région inguinale, creux poplité, elles sont souvent déformées par l'action simultanée du grattage et des sécrétions de ces régions, se recouvrent de vésicules analogues à celles de l'eczéma, peuvent devenir suintantes, et on comprend comment ces altérations secondaires ont amené à établir une confusion entre cette affection et l'eczéma.

Le lichen circonscrit est extrêmement prurigineux. Il persiste pendant plusieurs mois, limité à une seule région ou occupant simultanément des points presque toujours asymétriques, et, contrairement au lichen de Wilson, récidive souvent à échéances plus ou moins éloignées.

Cette affection est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle se développe presque toujours chez des sujets entachés de névropathie, fréquemment à la suite d'émotions morales vives ou de surmenage intellectuel.

Traitement. — Le *traitement général* du lichen circonscrit est calqué sur celui du lichen de Wilson. Les modificateurs du système nerveux, et en particulier les douches tièdes, y donnent des résultats presque toujours remarquables. L'arsenic, très vanté par Vidal, doit être associé à ces agents thérapeutiques, auxquels il faut ajouter l'hygiène physique et morale. Le traitement interne doit être continué pendant plusieurs semaines après la guérison des lésions cutanées, sous peine de voir celles-ci reparaître.

Localement, on doit commencer par combattre, s'il y a lieu, les complications eczémateuses par les moyens appropriés (enveloppements humides avec des compresses imbibées de solutions de sublimé, de phéno-salyl, de salicylate de soude, etc., enveloppement de caoutchouc, pommades à l'oxyde de zinc additionnées d'acide salicylique).

Lorsque celles-ci ont disparu ou lorsqu'elles font défaut, on peut recourir aux pommades antiprurigineuses (glycérolé tartrique de Vidal, pâtes de zinc phéniquées ou mentholées, etc.); mais le traitement occlusif est de beaucoup préférable : lorsque ses

agents sont bien supportés par les téguments, on voit parfois rapidement disparaître le prurit et les lésions cutanées s'affaisser, puis disparaître complètement dans l'espace de quelques semaines.

Les emplâtres adhésifs simples ou boriqués, l'emplâtre rouge de Vidal, l'emplâtre de Vigo lorsqu'il est supporté, peuvent être utilisés dans le traitement du lichen circonscrit; plus rarement, et lorsque l'affection résiste à leur emploi, on aura recours aux emplâtres salicylés faibles ou résorcinés. Les emplâtres, quels qu'ils soient, doivent être enlevés tous les deux jours, et remplacés après lavage avec une solution antiprurigineuse.

Nous avons fréquemment, mais non toujours, obtenu de bons résultats de l'application de colle dans le lichen circonscrit.

Les traitements précédents échouent dans quelques cas; c'est seulement après la preuve de leur inefficacité qu'on peut recourir à des topiques plus actifs : applications de savon noir, de pommades pyrogalliques ou chrysophaniques, ou d'huile de cade.

STROPHULUS

Exposé clinique et étiologique. — Bien que le nom de strophulus ait disparu de la plupart des traités récents de dermatologie, nous croyons utile de le conserver pour désigner une affection sur la dénomination de laquelle les auteurs ne sont pas d'accord et qui est appelée par les uns urticaire papuleuse infantile, par d'autres lichen simplex aigu (Vidal), prurigo simplex aigu (Brocq), varicelle-prurigo (Hutchinson), prurigo de dentition, etc.

Le nom de strophulus a au moins l'avantage de supprimer les discussions théoriques et de ne pas préjuger une assimilation avec d'autres formes dermatologiques, auxquelles l'affection emprunte des caractères communs sans s'identifier complètement à elles.

Le strophulus est caractérisé par de petites papules rosées, acuminées, apparaissant rapidement, de préférence la nuit, se recouvrant bientôt à leur centre d'un très minime soulèvement vésiculeux qui est remplacé en quelques heures par une mince croûtelle jaunâtre ; à ce moment, la saillie papuleuse est devenue blanche, moins saillante ; elle s'efface en quelques jours, laissant à sa place une macule blanche ou pigmentée. Les éléments, toujours disséminés, apparaissent par poussées se succédant pendant quelques jours, accompagnées d'un prurit souvent intense.

Le strophulus se développe le plus souvent chez es enfants, soit à l'occasion de l'éruption des dents, soit à propos de troubles digestifs engendrés par une nourriture défectueuse et mal réglée, en particulier chez les enfants soumis trop hâtivement à l'alimentation carnée, surtout chez ceux à antécédents héréditaires névropathiques et arthritiques.

Il s'observe également chez les adultes où il a été plus particulièrement décrit sous les noms de prurigo simplex et de lichen simplex, et se développe ordinairement de 15 à 30 ans chez des sujets nerveux ou atteints de troubles digestifs divers.

Traitement. — Le *traitement interne* du strophulus s'adresse aux causes qui en déterminent l'apparition.

Chez l'enfant, on régularisera l'alimentation, on espacera convenablement les tétées, on supprimera

les aliments qui ne conviennent pas à l'âge de l'enfant, on fera l'antisepsie intestinale au moyen de bêtol, on combattra la constipation, et, si l'éruption est en rapport avec l'évolution dentaire, on donnera de faibles doses de bromure de potassium en même temps qu'on fera faire sur les gencives des frictions avec des collutoires au bromure de potassium et à la cocaïne (1 gramme de bromure et 20 centigrammes de cocaïne pour 20 grammes d'excipient).

Chez l'adulte, on traitera les troubles digestifs, on administrera les antiseptiques intestinaux, les alcalins et les laxatifs, on prescrira un régime sévère, et on combattra la tendance à la congestion cutanée par le bromhydrate de quinine et par les médicaments nervins, belladone, valériane, etc.

Le *traitement local*, très analogue à celui de l'urticaire, consiste dans l'emploi des poudres inertes, des lotions antiprurigineuses et surtout des pâtes de zinc additionnées de menthol ou d'acide phénique. M. Dubreuilh (1) vante particulièrement les onctions avec l'huile mentholée à 4 ou à 10 0/0.

ECZÉMAS

Le groupe des eczémas renfermait, pour les anciens dermatologistes, et renferme encore aujourd'hui, pour certains auteurs, un grand nombre d'affections en réalité fort disparates, caractérisées par la production de vésicules éphémères dont la rupture est suivie de l'exsudation d'un liquide séreux se concrétant en croûtes d'aspect variable, ou laissant une desquamation d'apparence également variable.

(1) *Archives cliniques de Bordeaux*, avril 1894, p. 161.

Rien n'est plus artificiel que la constitution de ce groupe, dans lequel on a confondu comme à plaisir presque toutes les lésions à forme vésiculeuse, qu'elles soient banales et accidentelles, ou qu'elles constituent la maladie entière et relèvent d'une cause générale.

Un certain nombre d'affections en ont été déjà distraites avec raison, et nous décrivons, dans des chapitres différents, des dermatoses que la plupart des auteurs rattachent à l'eczéma.

Les dermites artificielles à forme vésiculeuse, malgré leur ressemblance avec les formes aiguës de l'eczéma, s'en éloignent par leur tendance à la guérison rapide et ne peuvent être considérées, avec l'école de Vienne, comme le type de l'eczéma aigu; nous avons cependant eu soin de faire remarquer que, chez les sujets prédisposés, elles peuvent être l'origine d'eczémas véritables et longuement persistants.

Il convient également de séparer de l'eczéma la dyshidrose, bien que dans quelques cas les vésicules eczémateuses puissent présenter les caractères extérieurs des vésicules dyshidrosiques.

L'impétigo, affection contagieuse, inoculable, manifestement parasitaire, se distingue très nettement par son évolution rapide des eczémas à sécrétions jaunâtres impétiginiformes.

Nous avons rangé parmi les lichens, sous le nom de lichen circonscrit, une affection que les auteurs allemands considèrent comme une variété d'eczéma, l'eczéma papuleux : l'absence de vésicules au début de la maladie et pendant tout son cours, sauf complications produites par le grattage, nous paraît suffisante pour justifier cette manière de voir.

De même, nous avons, avec M. Besnier, décrit, sous le nom de prurigos diathésiques, des affections considérées généralement comme des eczémas, mais dans lesquelles le développement des lésions vésiculeuses est manifestement secondaire, consécutif aux grattages : il s'agit là d'eczématisations secondaires, comme l'a fort bien dit M. Besnier, et non pas d'un eczéma à proprement parler.

A notre avis, la dissociation du groupe eczéma est encore très loin d'être complète : l'avenir en distraira des types cliniques particuliers, que, faute de données suffisantes et d'une étiquette appropriée, on y range encore actuellement : la précision du langage dermatologique et celle de la thérapeutique y gagneront, comme elles ont gagné déjà à la constitution des affections que nous venons d'énumérer; mais le moment n'est pas encore venu de procéder à ce déclassement complet de l'eczéma; il reste encore actuellement dans ce groupe des états morbides qu'on ne peut désigner sous un autre nom et que nous devons étudier à cette place.

Nous exposerons dans ce chapitre les caractères cliniques et l'étiologie des eczémas en général, le traitement qui leur convient; puis nous étudierons à part les localisations de l'eczéma dont les symptômes et le traitement offrent quelque particularité.

Les eczémas en général.

Exposé clinique et étiologique. — Les affections actuellement désignées sous le nom d'eczémas sont caractérisées par le développement de vésicules de petites dimensions, généralement acuminées, se rompant au bout d'un temps assez court, et laissant

à leur place de petites perforations épidermiques arrondies, par lesquelles s'écoule une sérosité de consistance gommeuse, empesant le linge ; cette sérosité se concrète en croûtes d'apparence variable, tantôt grisâtres, tantôt jaunâtres, minces ou épaisses, (*eczéma impétigineux* des auteurs, qu'il vaut mieux désigner sous le nom d'*eczéma impétiginiforme*).

Ces lésions reposent le plus souvent sur une base érythémateuse qui les entoure dans une étendue variable ; la rougeur peut, dans certaines variétés, occuper une grande étendue du tégument et constituer la lésion la plus apparente, sur laquelle les éléments vésiculeux sont, au début au moins, disséminés et peu visibles (*eczéma rubrum*) ; la teinte rouge peut s'accompagner d'une tuméfaction et d'une infiltration plus ou moins prononcées du tégument.

Ces deux ordres de lésions, vésicules éphémères et congestion de voisinage, sont surtout apparentes dans les eczémas aigus : cette dénomination s'applique surtout au mode de début de l'affection, car, une fois constitués, les eczémas ont presque toujours tendance à persister pendant un temps fort long, parfois indéfini.

L'évolution ultérieure des lésions eczémateuses est très variable : les perforations épidermiques et les sécrétions auxquelles elles donnent lieu peuvent être, pendant un temps variable, la seule manifestation de la maladie ; puis l'aspect clinique se modifie, les sécrétions deviennent moins abondantes, l'eczéma d'humide devient sec, l'épiderme qui recouvre les surfaces malades desquame plus ou moins abondamment ; la rougeur périphérique s'atténue, mais souvent aussi l'infiltration dermique devient plus prononcée et l'eczéma prend l'aspect lichénoïde ; plus

tard, la desquamation persiste seule, finit par devenir moins apparente, et la maladie guérit sans laisser aucune trace de son existence, sans jamais donner lieu à la formation de cicatrices.

Les eczémas primitivement chroniques évoluent souvent d'une manière un peu différente.

Leur début, au lieu d'être caractérisé par la production de vésicules, est ordinairement marqué par une desquamation fine, peu adhérente, qui peut, avec un certain degré de rougeur, constituer seule toute la maladie (*eczéma pityriasique*, *pityriasis simplex* des auteurs); puis la peau s'épaissit, s'infiltre, la lésion devient saillante, des vésicules très éphémères se développent, puis se rompent, donnant lieu à une sécrétion d'apparence variable, souvent entremêlée de squames; parfois même les squames existent seules pendant toute la durée de la maladie, et peuvent atteindre une épaisseur considérable, constituant une couche résistante (*eczémas cornés*); l'infiltration du tégument peut se traduire par la production de saillies isolées analogues à des papules (*eczéma papuleux*) ou de placards épais (*eczéma lichénoïde*) au niveau desquels il n'est pas rare de voir se produire des sillons et des fissures plus ou moins profonds, suintants ou sanguinolents (*eczéma fissuraire*).

L'*eczéma séborrhéique* de Unna est caractérisé initialement par le développement de disques arrondis, à contours rouges, plus ou moins squameux, à centre jaunâtre ou brunâtre, recouvert ou non de squames sèches ou grasses, ou de croûtes jaunâtres et graisseuses. Les lésions peuvent se déformer plus tard et s'étendre en placards irréguliers. L'eczéma séborrhéique coïncide avec la séborrhée du cuir chevelu et peut occuper les sièges les plus variés : cuir che-

velu, face, régions supérieures du thorax, organes génitaux, plis articulaires et continuité des membres. Nous ne pouvons, dans un ouvrage essentiellement pratique, donner des développements plus considérables à la question de l'eczéma séborrhéique, question encore pleine d'ambiguïtés. Le lecteur qui voudrait approfondir ce sujet le trouverait traité dans la dernière publication de Unna (1) : nous indiquerons plus loin les indications particulières au traitement de l'eczéma séborrhéique, et nous aurons à revenir sur ce point à propos de la séborrhée (Voir T. II, p. 125).

Les lésions eczémateuses sont donc essentiellement polymorphes, et ces différences d'aspect s'observent non seulement d'un sujet à l'autre, mais encore chez un même sujet suivant les régions.

Le polymorphisme de cette affection est encore accru par la disposition variable de ses éléments. Ceux-ci peuvent être disséminés irrégulièrement sur le tégument, dont ils occupent une étendue plus ou moins considérable; ils peuvent, par contre, se grouper de façon à former des surfaces généralement arrondies, à contours plus ou moins nets (*eczéma circiné*, *eczéma en placards*, *eczéma nummulaire*), au pourtour desquels on rencontre presque toujours des éléments aberrants à disposition irrégulière, présentant ou non les mêmes formes cliniques que ceux des placards principaux.

Ces lésions peuvent se disposer d'une manière systématique, occupant symétriquement les régions homologues, ou se développer sans aucun ordre sur les téguments.

(1) *Sammlung klinischer Vorträge*, 1894 (Analyse par Doyon, in *Annales de Dermatologie*, 1894, p. 573).

Les éruptions eczémateuses sont le plus souvent prurigineuses : le prurit peut précéder ou accompagner leur développement; il persiste généralement pendant toute leur durée, moins prononcé dans les formes humides et suintantes que dans les formes sèches; il reparaît souvent avec une grande intensité lorsque le suintement cesse et que la maladie tend à la guérison, en constituant alors le symptôme le plus pénible.

Des complications locales, des lymphangites et des adénites, dues à des infections microbiennes surajoutées, peuvent survenir dans les diverses formes d'eczémas, moins fréquemment cependant que dans les éruptions artificielles eczématiformes. L'érysipèle peut également se développer sur des surfaces eczémateuses, et cette complication est la cause des éléphantiasis consécutifs aux eczémas des membres inférieurs. La possibilité de ces accidents prouve qu'on ne saurait impunément négliger le traitement local des eczémas.

Des complications viscérales peuvent également se produire dans le cours des eczémas, dues tantôt à la pénétration des organismes pathogènes pullulant à leur surface, tantôt aux troubles des fonctions cutanées engendrés par leur présence, tantôt aux états constitutionnels dans lesquels ils se développent, et peuvent toutes réclamer une intervention thérapeutique.

Les causes des eczémas sont des plus variables et des plus complexes : il est peu de dermatoses où on puisse plus justement incriminer l'association de mécanismes pathogéniques multiples.

La prédisposition individuelle y joue un rôle de premier ordre : il est indiscutable que, dans cer-

taines familles, peu de membres échappent pendant toute leur existence à des éruptions eczémateuses plus ou moins étendues, d'apparence variable. Dans ces familles, l'eczéma s'associe presque toujours à la goutte, aux lithiases biliaire et rénale, aux manifestations articulaires chroniques, aux migraines, aux névralgies diverses, en un mot à toutes les manifestations de l'arthritisme, dont l'eczéma est tantôt le compagnon, tantôt l'équivalent morbide. C'est surtout à l'aide de cette dermatose qu'on peut actuellement soutenir, contre l'école de Vienne, les idées de Bazin sur l'origine diathésique des dermatoses.

L'influence de l'arthritisme peut se faire sentir à tous les âges : elle est cependant plus nette chez l'adulte et le vieillard que chez l'enfant; chez ce dernier, le lymphatisme intervient fréquemment, uni à d'autres causes générales ou locales, non seulement pour favoriser le développement de l'eczéma, mais encore pour en modifier l'aspect clinique et lui faire revêtir plus spécialement la forme suintante.

A côté des états diathésiques il faut faire une place importante dans la production de l'eczéma aux lésions des différents viscères, que ces lésions soient elles-mêmes sous la dépendance d'un état diathésique ou qu'elles surviennent accidentellement sous une influence quelconque.

Le rôle des troubles digestifs est reconnu par l'immense majorité des médecins et on comprend difficilement comment quelques-uns persistent à le nier : non seulement les troubles dyspeptiques chroniques, la dyspepsie nervo-motrice, la constipation habituelle entre autres, peuvent provoquer ou entretenir des lésions eczémateuses; mais encore, et

cela est d'observation quotidienne, des écarts de régime, une alimentation excitante, l'ingestion de boissons alcooliques déterminent souvent une poussée aiguë dans le cours d'un eczéma chronique.

Les lésions hépatiques chroniques, les congestions hépatiques de toute cause, peuvent produire le même effet.

Les lésions rénales, néphrites aiguës ou chroniques, l'insuffisance passagère de la sécrétion urinaire jouent très souvent un rôle analogue à celui des lésions et des troubles fonctionnels des voies digestives.

L'uricémie a été accusée de jouer le rôle principal dans les manifestations cutanées de l'arthritisme et de l'eczéma en particulier; si elle ne peut en être considérée comme la seule cause, si les autres toxémies concomitantes ne doivent pas être négligées dans l'interprétation de ses effets, elle ne peut cependant être disculpée; elle est, en outre, d'une constatation plus facile que les autres altérations du sang qui l'accompagnent, et fournit ainsi une indication thérapeutique plus facile à saisir.

La glycosurie intervient plus rarement dans la production de l'eczéma: comme l'uricémie, elle est la traduction d'une tare diathésique et d'un état constitutionnel dont les autres manifestations concourent au développement de cette dermatose; mais le parallélisme qu'on observe entre les lésions cutanées et l'intensité de la glycosurie ne permettent pas de nier que celle-ci ne joue un rôle capital dans la détermination des premières.

Le rôle du système nerveux dans le développement de l'eczéma a été très diversement apprécié : alors que quelques auteurs décrivent un eczéma

nerveux, dont ils font une sorte de dermatoneurose, d'autres pensent que le système nerveux n'a rien à voir avec cette dermatose. Nous croyons qu'il y a lieu d'adopter une opinion intermédiaire. Il est incontestable que quelques éruptions eczémateuses, dont la plupart devraient sans doute être rapportées au prurigo diathésique de M. Besnier, surviennent chez des sujets fortement entachés de nervosisme, à l'occasion d'une émotion vive, d'un choc moral; mais souvent, dans ces cas, le trouble du système nerveux n'agit pas directement sur la peau, et retentit sur celle-ci par l'intermédiaire de quelque modification de la nutrition générale. Plus souvent les perturbations nerveuses provoquent une exacerbation de lésions eczémateuses préexistantes; c'est ainsi que les fatigues physiques, le surmenage intellectuel, les émotions sont suivis chez les eczémateux de poussées aiguës, dans l'interprétation pathogénique desquelles il faut faire jouer un rôle aux troubles nutritifs et aux altérations humorales provoqués par ces perturbations. Le système nerveux n'est donc le plus souvent qu'un chaînon intermédiaire entre une cause accidentelle et une lésion cutanée consécutive. Dans d'autres cas, le nervosisme du sujet modifie la lésion cutanée dont il est porteur : les eczémas persistants et très prurigineux sont essentiellement des dermatoses de sujets entachés de nervosisme par prédisposition héréditaire ou acquise; d'ailleurs l'association du nervosisme et de l'arthritisme est trop commune pour que le système nerveux n'ait pas fréquemment à imprimer un cachet particulier à une dermatose aussi intimement liée aux états diathésiques.

Le rôle des causes générales et viscérales dans

l'étiologie des eczémas est indiscutable et primordial; sans elles, les causes externes ou locales ne sauraient déterminer que des lésions passagères, eczématiformes d'aspect, non eczémateuses de nature. Il y a, à notre avis et nous nous sommes déjà expliqué sur ce point, nécessité d'établir une distinction théorique et clinique entre ces deux ordres de dermatoses.

Les irritations les plus diverses peuvent intervenir à titres de causes déterminantes dans le développement des eczémas : des frottements répétés, des traumatismes tels que ceux produits par le grattage dans les dermatoses prurigineuses de toute origine, la présence de parasites animaux dans la gale ou dans la phthiriase, ou végétaux comme dans les trichophyties, le contact accidentel ou professionnel de substances chimiquement ou banalement irritantes, la présence de lésions qui modifient localement la nutrition de la peau comme les varices, etc., peuvent les engendrer chez les sujets prédisposés.

Le rôle des parasites microbiens dans la production de l'eczéma est plus difficile à interpréter. Certains eczémas, dans lesquels on ne découvre pas de parasites déterminés, offrent cependant, dans leur mode de dissémination et surtout dans le mode d'agmination de leurs éléments, des caractères qui semblent indiquer leur origine parasitaire. Unna attribue à la présence d'un microcoque spécial le développement de l'eczéma séborrhéique, dont certaines formes offrent, en effet, nettement l'apparence de lésions parasitaires; mais cette opinion est loin d'être admise par la majorité des dermatologistes.

Il est vraisemblable que, si les parasites microbiens interviennent dans la production de certains eczémas, les espèces parasitaires en cause sont multiples et

peut-être banales, qu'elles ne font que préparer le terrain sur lequel les réactions cutanées se produisent, en raison de la prédisposition du sujet, sous la forme eczémateuse.

Ces parasites peuvent encore jouer dans l'eczéma un rôle différent et, se greffant sur des lésions constuées, modifier leur aspect et leur forme clinique; mais elles produisent alors des complications locales surajoutées à l'eczéma, et non l'eczéma lui-même.

Traitement. — Comme l'a dit avec juste raison M. Besnier à propos du traitement général de cette affection, il n'y a pas un traitement de l'eczéma, mais « des eczémateux qu'il faut traiter suivant l'espèce particulière d'eczéma dont ils souffrent, suivant leur état diathésique, suivant les conditions d'organes et de fonctions qu'ils présentent ».

La multiplicité, la variabilité et la complexité des causes qui interviennent dans la production des eczémas peuvent déjà, à elles seules, faire préjuger le bien fondé de ce précepte : la variabilité des réactions cutanées chez les eczémateux sous l'influence des applications externes démontre qu'il s'applique également au traitement local.

On peut dire que le traitement de l'eczéma est un des problèmes les plus embarrassants de la pratique dermatologique : il est peu d'affections qui nécessitent de la part du médecin plus d'attention, plus d'expérience générale, plus d'observation minutieuse des résultats produits par les agents thérapeutiques.

Une question préjudicielle se pose en présence d'un cas d'eczéma : faut-il le traiter ? N'y a-t-il pas à craindre que cette manifestation d'un état diathésique ne puisse alterner avec d'autres localisations de la diathèse et, si on la guérit, être remplacée par quelque

autre affection de même origine, plus gênante ou plus grave ?

Les faits d'alternances morbides sont en réalité beaucoup plus rares que ne le prétendent certains auteurs : nous avons, sur ce point, assez nettement formulé notre opinion et ses conséquences au point de vue thérapeutique pour n'avoir pas à y revenir : nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit précédemment (T. I, p. 3) au sujet de la nécessité et du mode de l'intervention dans les dermatoses, et nous rappelons seulement ici que pour nous, s'il y a parfois lieu de ne pas guérir, ou au moins de ne pas guérir rapidement certains eczémas, il y a toujours lieu de les traiter.

Ce traitement comprend deux modes principaux d'intervention : le traitement interne et le traitement externe.

En aucun cas, le *traitement interne* ou général ne doit être négligé chez les eczémateux ; c'est seulement en modifiant l'état général et les lésions viscérales causales qu'on peut espérer guérir une affection dans laquelle les agents extérieurs ne font que mettre en jeu une disposition constitutionnelle.

Le traitement général est, en outre, la sauvegarde contre les complications viscérales auxquelles l'eczéma pourrait être accusé de donner lieu ; que ces complications soient le résultat d'une alternance entre des manifestations d'une même diathèse ou qu'elles soient produites par la disparition d'un eczéma jouant le rôle d'émonctoire, c'est en traitant la diathèse, en modifiant les échanges organiques et en activant les éliminations par les voies naturelles, qu'on empêchera ces répercussions viscérales.

Ainsi compris, le traitement général des eczéma-

teux peut avoir à remplir des indications très diverses suivant les états pathologiques au cours desquels survient l'eczéma. Tout d'abord, chez les arthritiques, on aura recours aux alcalins, bicarbonate de soude, administré au commencement des repas, sous forme de solutions ou d'eau de Vichy, de Vals, etc., ou en cachets plutôt encore que sous la forme de sirops analogues du sirop alcalin de Bazin, au benzoate de soude, à la lithine administrée en cachets ou en solutions gazeuses et aux diurétiques.

Chez les jeunes sujets lymphatiques, on administrera l'huile de foie de morue, les préparations d'iode et d'iodure de fer, le sirop antiscorbutique, les phosphates terreux, etc.

Chez les sujets anémiques, on donnera du fer.

L'arsenic, dont on a tant abusé dans l'eczéma comme dans d'autres dermatoses, est utile chez les sujets dont la nutrition est languissante, chez les arthritiques déprimés par quelque affection intercurrente et chez ceux qui ont abusé des alcalins. On le proscrira dans les eczémas à marche aiguë et dans les poussées aiguës d'eczéma chronique, et on le réservera presque exclusivement aux formes sèches dans lesquelles on doit, pour en obtenir un effet utile, le porter à doses suffisamment élevées; la liqueur de Fowler, les solutions d'arséniate de soude et l'eau de la Bourboule sont, en pareil cas, les meilleurs modes d'administration de l'arsenic.

Le soufre a été vanté dans l'eczéma, sous des formes très diverses : eaux sulfureuses, iodure de soufre, ichthyol, etc. Il doit être réservé aux jeunes eczémateux lymphatiques et aux formes sèches de l'eczéma chronique des adultes.

Les médicaments vaso-moteurs, la quinine, la digi-

tale, l'ergotine, l'hamamelis, etc., peuvent être utiles dans les formes congestives de l'eczéma, surtout dans leurs localisations faciales.

Les troubles des voies digestives doivent être chez les eczémateux l'objet de l'attention du médecin, et il y trouvera presque toujours des indications thérapeutiques précieuses. D'une façon générale, il devra surveiller tout particulièrement le régime alimentaire des eczémateux, en supprimer toutes les substances susceptibles de provoquer des fermentations intestinales et de réagir sur la peau par l'intermédiaire des irritations des voies digestives ou des intoxications d'origine intestinale : nous renvoyons à ce sujet au chapitre des dermatoses dues aux troubles gastro-intestinaux (Voir T. I, p. 280). L'antisepsie intestinale est indiquée dans tous les cas d'eczéma à marche aiguë et dans les eczémas occupant une grande étendue du tégument.

Les eczémateux doivent toujours éviter la constipation. Les laxatifs répétés doivent en outre être prescrits dans les eczémas aigus, dans les poussées aiguës ou subaiguës des eczémas chroniques et dans les eczémas généralisés à marche chronique.

Les troubles hépatiques et rénaux seront toujours combattus lorsqu'on les rencontrera. Il y aura en outre toujours utilité à entretenir, par l'emploi des diurétiques et surtout du lait, un taux élevé de sécrétion urinaire ; cette indication est plus impérieuse encore lorsque l'urine renferme un excès d'acide urique.

La constatation de la glycosurie impose un traitement antidiabétique plus ou moins rigoureux suivant son intensité et l'état général du sujet.

Les troubles nerveux concomitants à l'eczéma

doivent également être traités par les moyens appropriés (valériane, bromures, chloral, antipyrine, etc.), qui aideront parfois à calmer le prurit et contribueront à rétablir le sommeil, fréquemment compromis dans les eczémas intenses et étendus.

L'hygiène générale doit également être surveillée chez les eczémateux : les excès de toutes sortes, les fatigues physiques, le travail intellectuel intensif leur seront interdits, pour peu que l'éruption soit étendue et persistante ; le massage, l'hydrothérapie, l'exercice modéré et régulier, le séjour à la campagne aideront souvent à la guérison de la dermatose.

Le séjour au bord de la mer est utile dans les eczémas non irritables et dans les eczémas peu suintants des jeunes sujets lymphatiques, mais ne peut être prescrit indistinctement à tous les eczémateux : dans les eczémas suintants et étendus, surtout chez les sujets nerveux, l'habitation près des plages excitantes du Nord doit être proscrite, ou tolérée seulement sous bénéfice de l'observation de ses effets sur la dermatose.

Les eaux minérales jouent un grand rôle dans le traitement de l'eczéma ; il est peu de stations thermales qui ne puissent, dans certains cas, remplir d'utiles indications ; mais il faut remarquer que les eaux minérales sont nuisibles dans les périodes aiguës de l'eczéma, et doivent être réservées aux eczémas chroniques.

Les propriétés excitantes de certaines eaux peuvent servir à modifier l'état de la surface cutanée ; plus souvent encore le traitement thermal s'adresse à l'état général du sujet et c'est dans la constitution de celui-ci qu'on trouve à la fois son indication et celle de telle ou telle station en particulier.

D'une façon générale, les eaux sulfureuses de Luchon, Cauterets, Barèges, Saint-Gervais, les eaux sulfo-chlorurées d'Uriage, les eaux bicarbonatées chlorurées de Royat, conviennent aux formes sèches sans infiltration prononcée du tégument, les eaux arsenicales de la Bourboule aux formes sèches et rebelles avec infiltration lichénoïde plus ou moins accusée.

Les eaux sulfureuses de Luchon, Cauterets, Barèges, Saint-Honoré, Challes, sont surtout indiquées chez les sujets lymphatiques porteurs de lésions torpides et quand on ne craint pas de déterminer une poussée inflammatoire ; les eaux d'Uriage et de Saint-Gervais sont utiles chez les sujets lymphatiques et les sujets affaiblis par des causes diverses porteurs d'eczémas irritables.

Les eaux arsenicales comme la Bourboule sont indiquées chez les sujets lymphatiques et chez les arthritiques débilités.

Les eaux chlorurées sodiques fortes de Salies-de-Béarn, de Salins, de Briscous, les eaux de Lavey peuvent être employées chez des sujets fortement entachés de lymphatisme.

Les eaux alcalines, comme Royat, conviennent principalement aux arthritiques atteints d'eczémas peu irritables.

Les eaux faiblement minéralisées comme Plombières, Bourbon-l'Archambault, Néris, sont indiquées chez les arthritiques nerveux, présentant des manifestations articulaires et névralgiques, et dont l'eczéma est peu irritable.

Les eaux alcalines fortes, comme Vichy, Vals, etc., peuvent être utiles chez les arthritiques eczémateux, mais ne doivent être administrées qu'à l'intérieur.

Les eaux de Contrexéville, de Vittel, d'Evian, peuvent également être indiquées chez les arthritiques goutteux auxquels il convient de procurer une diurèse abondante, mais ne sont guère employées qu'en boissons.

Il en est de même des eaux ferrugineuses, comme Bussang, applicables au traitement des eczémateux anémiques.

Les bains prolongés de Louèche peuvent être prescrits dans quelques cas d'eczémas très persistants et généralisés.

Le *traitement local* joue un rôle très important dans la guérison des eczémas : quelque prépondérance qu'ait l'état constitutionnel dans la production de ceux-ci, ils ne sauraient être efficacement traités par les méthodes thérapeutiques internes ; toujours, lorsqu'on veut arriver à les guérir, il faut recourir à l'emploi des topiques.

Mais, nous ne saurions trop le répéter, il est peu de dermatoses où l'institution du traitement local exige plus d'attention de la part du médecin ; il en est peu où il soit susceptible, s'il est mal dirigé, de provoquer des exacerbations plus prononcées et d'aggraver davantage les lésions existantes et où, même avec la direction la plus attentive, on ne voie survenir plus fréquemment des poussées inflammatoires inopinées.

Il n'y a pas un traitement local de l'eczéma, mais un nombre considérable de traitements locaux des éruptions eczémateuses.

Il convient tout d'abord d'établir dans les eczémas deux grandes catégories : les eczémas aigus et les eczémas chroniques. Cette distinction est capitale au point de vue thérapeutique.

A chacune d'elles conviennnent des méthodes de traitement absolument différentes, pour ne pas dire opposées; il n'y a du reste en cela rien de spécial à l'ezcéma : il ne viendrait pas à l'idée d'un médecin de soigner de la même façon une bronchite aiguë et une bronchite chronique, une uréthrite aiguë et une blennorrhée chronique.

Nous ne saurions trop engager le lecteur à se défier des traitements tout faits de l'eczéma, des prétendus remèdes anti-eczémateux: très efficaces dans certains cas déterminés, ils sont fréquemment sans effet ou dangereux lorsqu'on veut les appliquer à tous les sujets atteints d'eczéma, sans se soucier de la différence des formes cliniques et évolutives de cette affection très polymorphe.

Ces remèdes anti-eczémateux sont presque toujours des agents de la médication substitutive; ils ne guérissent la dermatose qu'en provoquant une inflammation nouvelle, d'intensité et de gravité différentes. Cette action, que l'on peut et doit rechercher dans les cas d'eczémas chroniques longtemps persistants, peu ou point irritables, est des plus redoutables lorsque les phénomènes inflammatoires qui constituent l'eczéma à ses premières périodes ne sont pas calmés : dans ces conditions les agents en question ne font que déterminer une exacerbation souvent intense, très difficile à modérer, de lésions qui sans elle auraient disparu facilement.

Un autre écueil, beaucoup plus grave et que la prudence la plus grande ne permet pas toujours d'éviter, est la variabilité de la réaction cutanée vis-à-vis des topiques les plus divers et les plus anodins en apparence. Le médecin le plus prudent et le plus expert dans le traitement de l'eczéma peut

se trouver à l'improviste en présence d'une de ces susceptibilités individuelles qui rendent presque impossible l'application des topiques les mieux choisis et les plus appropriés en apparence.

Pour ces diverses raisons, le traitement des eczémateux doit toujours, pour peu que la dermatose soit encore à la période aiguë ou au voisinage de cette période, être surveillé de très près ; le malade ne doit pas être abandonné à lui-même, mais soumis à une observation médicale attentive et répétée, de même que le médecin a l'habitude de surveiller et d'observer les résultats du traitement dans les affections aiguës d'ordre médical proprement dit.

Le *traitement local des eczémas aigus*, à leur début, lorsqu'ils se traduisent par la rougeur de la peau, la présence de vésicules et du suintement, consiste dans l'emploi des émollients.

Les enveloppements humides au moyen de compresses de tarlatane imprégnées de liquides aseptiques ou de solutions antiseptiques faibles répondent à cette indication dans la grande majorité des cas. L'eau bouillie pure, la décoction de guimauve, de racine d'aunée, l'infusion de mauve, de fleurs de sureau, de têtes de camomille, et surtout les solutions de sublimé au 3000ᵉ ou au 4000ᵉ, de phénosalyl au 500ᵉ, de résorcine au 100ᵉ ou au 200ᵉ, d'ichthyol aux mêmes doses, l'eau boriquée peuvent servir dans ce but : l'essentiel est que ces liquides soient supportés par les téguments et qu'ils ne déterminent pas eux-mêmes une irritation de la peau. En règle générale, il nous paraît utile, toutes les fois que les surfaces eczémateuses sont le siège de lésions secondaires d'infection, de faire des enveloppements avec une solution de sublimé jusqu'à

ce que la suppuration ait disparu, et de recourir ensuite aux applications de phéno-salyl ou des autres liquides que nous avons énumérés.

Lorsque les téguments sont le siège d'une inflammation intense et particulièrement chez les enfants, on se trouve bien d'enveloppements avec des compresses de tarlatane trempées dans de l'eau tiède à laquelle on ajoute, suivant le conseil de M. Besnier, pour chaque litre une à deux cuillerées à bouche d'amidon en poudre et une à deux cuillerées à café d'acide borique.

Dans les mêmes cas et surtout lorsque les lésions eczémateuses sont peu étendues, les cataplasmes de fécule de pommes de terre, appliqués à peine tièdes et renouvelés toutes les 4 à 5 heures, ou les cataplasmes émollients du commerce, peuvent encore être employés avec grand avantage.

Les enveloppements de caoutchouc, en entretenant une humidité constante sur les surfaces qu'ils recouvrent, constituent des bains locaux qui peuvent remplacer les cataplasmes et sont d'un emploi très commun dans l'eczéma. (Voir T. II, p. 206.)

Les pulvérisations de liquides émollients et de solutions antiseptiques faibles rentrent encore dans la médication émolliente : elles sont surtout applicables aux eczémas peu étendus et à ceux qui s'accompagnent de la formation de croûtes, dont elles facilitent la chute.

Les applications précédentes doivent être répétées à intervalles convenables pour empêcher que les sécrétions ne s'altèrent sur les surfaces eczémateuses et n'en provoquent l'irritation ; à chaque changement de pansement, on doit avoir soin de laver les surfaces doucement au moyen d'un linge fin ou de bourdonnets

d'ouate hydrophile imbibés d'une solution antiseptique faible ou d'un liquide aseptique : infusion de camomille, décoction de racine d'aunée, etc.

Les applications humides sont bien supportées dans la grande majorité des cas d'eczéma aigu. Il en est cependant où elles sont inapplicables : la macération provoquée par le liquide devient une nouvelle cause d'irritation et on ne peut sans inconvénient continuer les enveloppements ou l'usage des cataplasmes et du caoutchouc. Cet effet peut se produire dès les premières applications humides ou seulement au bout de quelques jours.

Lorsque, dès le début, la peau supporte mal les pansements humides, ce qui s'observe surtout dans les eczémas étendus avec rougeur vive et suintement peu prononcé, il convient de recourir à l'emploi des corps gras ou des poudres.

Les corps gras applicables a ces formes irritables d'eczéma aigu sont l'axonge fraîche et surtout le liniment oléo-calcaire qui est encore la préparation le plus souvent supportée, plus rarement la vaseline pure ou boriquée, plus rarement encore le cold-cream et le glycérolé d'amidon. Au sujet de la tolérance de la peau eczémateuse pour les corps gras, on retrouve les mêmes irrégularités qu'au sujet des applications humides, et il est impossible de savoir à l'avance lequel conviendra dans un cas donné ; il faut encore ici se baser sur l'observation des effets obtenus.

Dans quelques cas, assez rares en réalité, et surtout dans les eczémas érythémateux avec vésicules peu développées, les divers topiques précédents sont à peu près également mal supportés, et les poudres inertes, principalement la poudre d'amidon

additionnée d'oxyde de zinc ou de talc, peuvent seules être appliquées sur les parties malades. Lorsqu'on est amené à les employer dans des eczémas suintants, on doit exiger des soins de propreté minutieux : en s'agglomérant avec les sécrétions eczémateuses, elles peuvent en effet former des croûtes épaisses, adhérentes, dans lesquelles se produisent des fermentations et qui sont une cause nouvelle d'irritation ; des pulvérisations tièdes, des cataplasmes de fécule de pommes de terre appliqués pendant quelques heures permettent, au besoin, de faire tomber ces agglomérats. Dans tous les cas où on recourt à l'usage des poudres, celles-ci doivent être employées largement, les surfaces malades recouvertes d'une épaisse couche pulvérulente; si les lésions sont généralisées, le mieux est de faire coucher le malade sans vêtement entre deux draps de toile fine, abondamment imprégnés de poudre.

Les traitements précédents conviennent aux premières périodes des eczémas aigus et aux poussées aiguës intenses des eczémas subaigus et chroniques ; mais ils ne peuvent s'appliquer aux périodes ultérieures; ils entretiendraient la maladie au lieu de la guérir, et surtout les applications humides, en macérant l'épiderme et en le rendant ainsi plus vulnérable, risqueraient d'éterniser l'eczéma.

Mais à quel moment doit-on remplacer les pansements humides par les pommades qui sont la base du traitement de la période de décroissance de l'eczéma ?

C'est encore par l'observation seule qu'on en pourra juger, et par le tâtonnement qu'on parviendra à le faire en temps opportun.

L'épiderme commence-t-il à blanchir, à devenir plus mou, moins adhérent, il convient de supprimer les cataplasmes ou les applications humides. Cette macération épidermique coïncide généralement avec la diminution ou la disparition des sécrétions séreuses à la surface de l'eczéma, et alors on peut de suite en venir à l'emploi des pommades. Si les sécrétions séreuses persistaient alors que l'épiderme se macère, on aurait recours aux poudres absorbantes ou aux corps gras simples avant d'appliquer des pommades.

Les pommades doivent être employées avec prudence, au moins pendant les premiers jours. Il est de bonne pratique de les appliquer pendant quelques heures seulement chaque jour, et de continuer les émollients dans les intervalles ; de la sorte, on peut juger des effets obtenus et, suivant ceux-ci, augmenter la durée des applications de pommades ou revenir à l'usage exclusif des émollients. Ce stade du traitement de l'eczéma est essentiellement un stade amphibole, réclamant une observation répétée et attentive.

Les pommades à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth sont les plus employées à cette période de l'eczéma. L'excipient est de préférence la vaseline ; mais il faut compter encore ici avec les différences d'irritabilité de la peau qui ne lui permettent pas toujours de supporter cette substance, et on se trouve parfois mieux de l'emploi des pommades à base d'axonge benzoïnée, de cold cream frais.

La proportion d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth contenu dans la pommade n'a pas une importance aussi considérable que le disent quelques auteurs. Cependant, pendant les 2 ou 3 premiers jours qui suivent la suppression du traitement émollient, il

est bon de se servir de pommades peu épaisses, renfermant, par exemple, 2 à 10 grammes de ces substances pour 30 grammes d'excipient : ces pommades s'étendent facilement sur le tégument et, une fois appliquées, on peut augmenter leur adhérence en saupoudrant à l'amidon ou au talc.

Dès qu'il est prouvé que le tégument est en état de supporter les pommades, il y a tout avantage à employer des pommades épaisses ou des pâtes qui tiennent beaucoup mieux.

Lorsque la tolérance pour les pommades à l'oxyde de zinc est bien établie, on hâte la guérison en les additionnant de substances plus actives : l'acide salicylique en premier lieu, surtout lorsqu'il y a de la desquamation, la résorcine, le baume du Pérou à doses de 1 à 2 ou 3 0/0 sont alors utiles ; dans les eczémas séborrhéiques, le soufre à la dose de 5 à 10 0/0 dans une pommade à l'oxyde de zinc peut être également employé, tant que ces lésions ne sont pas en état de supporter [des pommades soufrées pures.

Au moyen de ces topiques, on parvient presque toujours à obtenir la guérison des eczémas aigus ; la durée du traitement est toujours assez longue, mais au moins risquera-t-on peu de provoquer des poussées inflammatoires intenses.

Les préparations d'huile de cade et des divers goudrons peuvent servir à activer la guérison, surtout chez les sujets lymphatiques et dans les formes rebelles d'eczéma séborrhéique ; mais on ne doit jamais en faire usage que lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu et qu'on n'a plus lieu de craindre des poussées irritatives intenses ; même alors, elles ne doivent être employées qu'avec pré-

cautions, et il faut les suspendre si elles déterminent une inflammation trop vive. Toujours on doit débuter par des doses faibles, par du glycérolé d'amidon renfermant 2 à 3 0/0 d'huile de cade, quitte à augmenter progressivement les doses si l'effet est insuffisant. Nous conseillons également de faire alterner, au moins au début, les préparations cadiques et la pommade à l'oxyde de zinc qu'on applique, par exemple, un jour sur deux. L'huile de cade doit d'ailleurs, en raison de son odeur, être réservée aux cas véritablement rebelles d'eczéma.

Les préparations mercurielles (oxyde jaune, oxyde blanc, calomel) rendent quelquefois des services dans le traitement de la dernière période de l'eczéma, mais elles demandent une surveillance très attentive, en raison des accidents hydrargyriques locaux et généraux qu'elles peuvent déterminer ; elles ne doivent jamais être employées dans les eczémas étendus et leurs applications ne doivent pas être répétées plus de 5 à 6 jours de suite.

A cette période tardive de l'eczéma aigu, on peut recourir aux emplâtres à l'oxyde de zinc, à l'emplâtre adhésif boriqué ou à l'emplâtre rouge de Vidal pour terminer la guérison de lésions limitées persistantes.

Le prurit, parfois intense, qui accompagne les dernières périodes de l'eczéma aigu, peut être calmé par des lotions antiprurigineuses à l'eau phéniquée, à l'alcool de menthe ou à l'eau de Cologne étendus d'eau, etc. ; les pommades à l'oxyde de zinc additionnées de 1 à 2 0/0 de menthol sont très utiles dans ces cas, mais ne doivent être appliquées que lorsque tout suintement a disparu et que l'eczéma est parvenu à la période squameuse.

La période terminale de l'eczéma aigu est le plus souvent désespérante par sa ténacité et sa longue durée; ces raisons ne sont cependant pas suffisantes pour que le médecin se départisse d'une grande prudence et tente l'emploi d'une médication trop active, qui risquerait de compromettre en un temps très court un résultat péniblement acquis.

Pour se décider à employer un traitement énergique, analogue à celui de l'eczéma chronique, il faut que les lésions soient réduites à une très faible étendue, et encore ne doit-il être tenté que sous bénéfice d'une surveillance attentive; si, sous son influence, il survient une poussée trop intense, on doit la combattre par les traitements de la période aiguë. Il en est de même lorsque des exacerbations se produisent spontanément dans cette période.

Les bains ne doivent être employés qu'avec grande prudence dans les eczémas aigus : s'ils sont parfois utiles, plus souvent ils provoquent une irritation quelquefois intense. Ce n'est donc que sous bénéfice de l'observation de leurs effets qu'on prescrira les bains d'amidon et les bains de gélatine, en recommandant aux malades ne pas les prendre trop chauds et de s'essuyer doucement à la sortie du bain. Sauf dans quelques cas exceptionnels, et seulement à la période terminale, on n'aura recours jamais aux bains alcalins ni aux bains sulfureux.

Le *traitement local des eczémas chroniques* ne présente guère moins de difficultés que celui des eczémas aigus; pas plus que pour ceux-ci il n'existe de médications applicables à tous les cas et pouvant être employées sans une surveillance attentive et une direction médicale suivie.

Le traitement le plus régulier échoue d'ailleurs fré-

quemment et un résultat sérieux ne peut être obtenu que par la continuité et la régularité du traitement.

Sauf dans les eczémas de très ancienne date et peu irritables, il y a presque toujours avantage à commencer le traitement des eczémas chroniques par l'emploi des émollients : enveloppements humides, enveloppements de caoutchouc, pulvérisations et même, s'il y a des croûtes épaisses, applications de cataplasmes de fécule de pommes de terre. On obtient souvent ainsi en peu de jours une amélioration considérable qui hâte singulièrement la guérison.

C'est encore à ces traitements qu'il faut recourir toutes les fois que, avec ou sans intervention thérapeutique, survient une poussée aiguë ou que les lésions eczémateuses se recouvrent de croûtes.

Les pullulations microbiennes qui se font dans ce dernier cas doivent toujours être évitées ; aussi les lésions eczémateuses doivent-elles être toujours maintenues en état de propreté parfaite ; on arrive facilement à ce résultat par l'emploi des pansements humides légèrement antiseptiques ou des pulvérisations.

Il faut reconnaître cependant que certains eczémas chroniques supportent mal les émollients et s'enflamment à leur contact. Dans ces cas, on doit commencer le traitement local par les applications de pommades à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth, additionnées ou non de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique.

C'est encore à ces pommades qu'on doit avoir recours après la cessation des applications émollientes. lorsqu'on les a employées au début du traitement : les règles que nous avons indiquées au sujet du remplacement des émollients par les pommades

dans les eczémas aigus sont également applicables dans les eczémas chroniques.

Quelques eczémas chroniques superficiels peuvent guérir assez rapidement par les applications des pommades précédentes, d'emplâtres à l'oxyde de zinc ou d'emplâtre rouge de Vidal, aidées de bains à l'amidon.

Le plus souvent cependant ces topiques sont insuffisants et il est nécessaire de les remplacer bientôt par des préparations plus actives.

Les pommades à l'acide salicylique, à la résorcine, au baume du Pérou, que nous avons indiquées à propos de l'eczéma aigu, ne sont pas beaucoup plus actives que les précédentes dans les eczémas chroniques; s'ils leur résistent, on est amené à essayer de substances plus énergiques.

Le naphthol, préconisé par Kaposi, peut être employé en pommades à 5 ou 10 0/0, mais est souvent insuffisant.

L'acide pyrogallique, en pommades à 5 0/0 ou 10 0/0, la résorcine en pommades à 5 0/0, l'ichthyol en pommades à 10 ou 15 0/0 donnent parfois de bons résultats. L'acide chrysophanique est d'un emploi moins pratique.

Les pommades soufrées à 5 ou 10 0/0, additionnées de 2 à 3 0/0 de baume du Pérou, donnent souvent d'excellents résultats dans les formes séborrhéiques.

L'huile de cade jouit dans l'eczéma chronique avec infiltration du tégument d'une réputation bien connue et peut-être un peu exagérée. Outre son odeur qui la rend inapplicable chez beaucoup de malades, elle a l'inconvénient d'être très souvent trop irritante. Elle ne doit être employée que dans les eczémas qui résistent à tous les traitements. On la prescrit sous

forme de glycérolé à doses progressivement croissantes variant de 5 à 40 0/0 suivant l'irritation produite et en surveillant de près ses effets.

Elle peut être remplacée par l'huile de bouleau, qui n'a pas son odeur désagréable et n'est pas plus irritante.

Le baume du Pérou à hautes doses (10 à 15 0/0) peut également être employé comme succédané de l'huile de cade, mais est moins actif.

Dans certains eczémas très rebelles, peu irritables, avec infiltration prononcée du tégument et surtout avec épaississement de l'épiderme, les frictions de savon de potasse, recommandées par Hebra, suivies d'application d'emplâtre rouge de Vidal ou d'emplâtre adhésif borique, peuvent être employées comme moyen de révulsion énergique ; mais ce mode de traitement est d'un emploi tout à fait exceptionnel.

De même les badigeonnages avec des solutions de nitrate d'argent au 50e, qui sont également très irritants.

Dans les eczémas secs et prurigineux, le glycérolé tartrique de Vidal peut rendre des services, mais son action doit être surveillée de près.

Les emplâtres sont très employés actuellement par quelques dermatologistes dans le traitement de l'eczéma : les emplâtres à l'oxyde de zinc, au dermatol, l'emplâtre rouge de Vidal, l'emplâtre adhésif boriqué peuvent être utilisés dans le traitement des eczémas localisés, squameux et non suintants ; mais nous ne croyons pas qu'ils conviennent au traitement des autres formes d'eczéma chronique.

Il en est de même des divers vernis et pellicules préconisés dans ces derniers temps.

Un grand nombre d'autres substances ont été pro-

posées contre l'eczéma chronique; la plupart de ces substances n'ont pas répondu aux espérances qu'elles avaient fait concevoir et, pour rester dans le cadre essentiellement pratique de cet ouvrage, nous n'entreprendrons pas de les énumérer. D'ailleurs, à propos de quelques localisations de l'eczéma, nous signalerons celles qui peuvent être utiles dans certains cas particuliers.

Les bains rendent fréquemment des services dans le traitement des eczémas chroniques, auxquels ils sont plus applicables qu'aux eczémas aigus ; mais encore faut-il savoir qu'ils sont très inégalement supportés, que parfois ils provoquent des poussées intenses et étendues : aussi ne doit-on les prescrire que sous réserve de l'observation de leurs effets. On devra particulièrement recommander aux malades de ne pas les prendre trop chauds, et de ne pas s'essuyer trop vigoureusement à la sortie ; après le bain il est bon de compléter l'assèchement au moyen de larges applications de poudres inertes et, lorsque les bains alternent avec des applications humides, celles-ci doivent être renouvelées aussitôt après un essuyage modéré, sans laisser aux surfaces suintantes le temps de se dessécher.

Les bains d'amidon et de gélatine conviennent aux eczémas irritables ; les bains alcalins ne doivent être prescrits que chez les sujets porteurs de lésions non irritables et surtout d'eczéma sec ; les bains sulfureux, très utiles dans des cas analogues et surtout dans les eczémas séborrhéiques, doivent être absolument proscrits dans les eczémas suintants et irritables.

Eczémas considérés suivant leurs localisations topographiques.

Nous avons envisagé jusqu'ici les eczémas en général sans tenir compte de leur siège, et ce que nous venons de dire s'applique surtout aux eczémas généralisés des régions glabres.

Il nous faut, pour préciser exactement quelques indications du traitement des eczémas, envisager à part les eczémas de quelques régions où ils présentent des aspects particuliers et où ils nécessitent un traitement adapté à leurs formes cliniques et aux conditions spéciales de la structure de la peau dans ces régions.

ECZÉMAS DE L'EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE

Eczémas du cuir chevelu.

Les eczémas du cuir chevelu sont le plus souvent des eczémas séborrhéiques. Ils peuvent revêtir la forme sèche ou la forme humide et croûteuse et occuper une portion restreinte du cuir chevelu ou se généraliser à toute son étendue. Ils s'accompagnent souvent de la chute des cheveux. (Voir pour plus de détails le chapitre de la séborrhée, T. II, p. 117.)

Chez les enfants, l'eczéma du cuir chevelu est souvent encore lié à la séborrhée, mais il peut succéder à la phthiriase, quoiqu'il s'agisse plus fréquemment alors d'impétigo que d'eczéma.

Le **traitement** de l'eczéma du cuir chevelu se confond avec celui de la séborrhée dans un grand nombre de cas, et surtout dans ses formes légères.

Chez l'homme et chez l'enfant, il nécessite la coupe

des cheveux, qui doivent être tenus ras; chez la femme, à condition que les soins soient exécutés rigoureusement, la chevelure peut être conservée; mais, lorsque les lésions sont très étendues et intenses et que la vitalité des cheveux est compromise, il y a grand avantage à les couper.

Lorsqu'il existe des croûtes, leur chute peut être obtenue au moyen des pulvérisations tièdes et du bonnet de caoutchouc, ou par des onctions grasses.

La propreté du cuir chevelu est entretenue au moyen de lavages avec de la décoction d'écorce de bois de Panama ou de l'eau chaude et du savon doux pur ou additionné de naphthol, les savons au soufre ou au goudron étant réservés aux formes non irritables.

Les pommades au naphthol conviennent aux formes irritables; celles-ci sont d'ailleurs plus rares que sur les parties glabres.

Le plus souvent, les pommades contenant 5 à 10 0/0 de soufre sont bien tolérées. On peut les additionner de 1 à 2 0/0 de résorcine, d'acide salicylique et de baume du Pérou, comme le fait très fréquemment M. Besnier.

L'huile de cade, sous forme de glycérolé cadique à doses variables et progressives, donne de bons résultats dans les eczémas rebelles du cuir chevelu; elle peut être souvent remplacée par l'huile de bouleau ou par le baume du Pérou en pommades à 5 ou 8 0/0.

Eczémas des régions ciliaires.

La localisation de l'eczéma sur le bord libre des paupières peut affecter la forme sèche ou la forme

humide ; elle se traduit souvent par de la rougeur avec rétraction des paupières, produisant l'ectropion ou l'entropion, et donne fréquemment lieu à la chute des cils.

Elle s'observe chez les arthritiques et chez les lymphatiques ; chez ces derniers, elle peut se développer dans le jeune âge (eczémas des enfants strumeux) ou à un âge plus ou moins avancé.

Son **traitement** est souvent très laborieux.

Dans la plupart des cas, les lavages avec des solutions faibles de sublimé, des pulvérisations tièdes, des applications de pommades à l'oxyde de zinc en viennent à bout. Si les lésions résistent à ces moyens, les meilleurs topiques, après la disparition des lésions inflammatoires, sont les pommades au précipité jaune au 30e ou au 20e.

Eczémas des sourcils.

Les lésions eczémateuses des sourcils sont très analogues à celles du cuir chevelu et sont justiciables des mêmes traitements.

Eczémas de la barbe (menton et joues).

L'eczéma de la barbe coïncide souvent avec les folliculites de la région qui le précèdent, l'accompagnent ou lui succèdent.

Il peut se présenter sous des aspects divers : état squameux avec rougeur plus ou moins accusée, vésicules avec suintement souvent abondant et croûtes, et peut être suivi ou non de la chute des poils.

Il se rencontre tantôt chez les arthritiques, tantôt

chez les sujets lymphatiques et est très souvent en rapport avec des troubles digestifs.

Son **traitement** local varie suivant les formes cliniques.

Dans toutes les formes, la barbe doit être coupée court aux ciseaux, l'usage du rasoir irritant vivement le tégument; de plus la toilette du visage doit toujours être faite à l'eau chaude.

Dans les eczémas rebelles, nous croyons, avec M. Besnier, que l'épilation est nécessaire et doit être répétée périodiquement dès que les poils repoussent.

Dans les formes croûteuses, on doit d'abord nettoyer les parties malades au moyen des pulvérisations tièdes, des applications de cataplasmes de fécule de pommes de terre et des enveloppements humides.

Lorsque les croûtes sont tombées, on peut recourir à l'emploi du caoutchouc, qui donne de très bons résultats dans les eczémas de la barbe avec infiltration de la peau.

Les pommades à l'oxyde de zinc, additionnées de 1 0/0 d'acide salicylique ou de résorcine, peuvent amener la guérison dans les formes légères, et peuvent servir dans les autres cas à modérer l'inflammation consécutive aux applications plus actives, mais sont le plus souvent insuffisantes à elles seules.

Les applications d'ichthyol (badigeonnages et pommades), de glycérolé cadique surtout à une période avancée des formes suintantes, les pommades soufrées dans les mêmes cas et dans les formes légères sont les agents les plus efficaces. La pommade au calomel au 30° est surtout indiquée dans les formes superficielles persistantes et localisées.

Cette localisation de l'eczéma est particulièrement rebelle et persistante : il est souvent nécessaire de varier et d'alterner les traitements que nous venons d'indiquer. Vidal préconisait les scarifications linéaires, qui doivent être réservées aux cas dans lesquels les médications précédentes ont manifestement échoué.

Eczémas des lèvres.

Les eczémas des lèvres ne sont souvent qu'une localisation de l'eczéma des régions pilaires de la face, et ne diffèrent ni au point de vue clinique ni au point de vue thérapeutique des eczémas de la barbe en général.

Mais il en existe une forme spéciale par son siège et son étiologie sur laquelle M. Besnier a spécialement appelé l'attention : c'est l'*eczéma récidivant de la lèvre supérieure;* limité à la portion sous-narinaire de celle-ci, il se traduit au début par le développement de vésico-pustules centrées par un poil et entourées d'une zone rouge ; les lésions se réunissent en un placard saillant et rouge, recouvert ou non de croûtes ; après la disparition des lésions pustuleuses, la tuméfaction et la rougeur persistent pendant fort longtemps.

Cette affection, qui tend à récidiver avec une désespérante facilité, s'observe chez les arthritiques, de vingt-cinq à quarante-cinq ans, et est essentiellement en rapport avec des lésions des fosses nasales, accompagnées de sécrétions séreuses ou purulentes plus ou moins abondantes : coryza subaigu ou chronique, rhinite atrophique, eczéma narinaire, etc., Les exacerbations des lésions narinaires sont suivies de la récidive de l'eczéma.

Le **traitement** de cette localisation de l'eczéma comporte tout d'abord l'emploi des moyens propres à faire disparaître la lésion nasale initiale, dont la persistance empêche sa guérison. Lorsque cette lésion nasale est elle-même de nature eczémateuse, l'introduction dans les narines de bourdonnets d'ouate imprégnés d'huile de foie de morue ou recouverts de vaseline boriquée ou de pommade à l'oxyde de zinc est particulièrement à recommander. Nous ne pouvons entrer dans le détail du traitement des diverses autres lésions des narines ; mais il convient de faire remarquer que, toutes les fois que les sécrétions sont abondantes, il y a avantage à oblitérer les fosses nasales, au moins pendant la nuit, au moyen de bourdonnets d'ouate recouverts de vaseline boriquée, afin d'empêcher l'action directe des sécrétions sur la lèvre.

L'épilation, suivie d'applications émollientes, est le premier acte du traitement de cette variété d'eczéma et doit être répétée jusqu'à guérison, dès que les poils repoussent. Les pommades à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth peuvent servir ensuite à calmer l'inflammation ; les badigeonnages avec une solution d'ichthyol, les pommades à l'ichthyol ou au naphthol, les emplâtres à l'oxyde de zinc et au dermatol procurent parfois une amélioration notable ; mais le meilleur mode de traitement consiste, ainsi que l'a montré M. Besnier, dans l'application d'une bandelette de caoutchouc maintenue au moyen de cordons noués derrière la tête de façon à exercer un certain degré de compression : cette bandelette est conservée constamment dans les premiers temps du traitement, puis appliquée uniquement pendant la nuit, le malade enduisant la lèvre, pendant le jour,

d'une pommade à l'oxyde de zinc résorcinée à 1 0/0.

Le traitement exige toujours un temps assez long ; mais c'est seulement en cas d'échec qu'on peut recourir aux scarifications linéaires préconisées par Vidal.

Eczémas des joues et des régions glabres du visage.

Les eczémas des joues peuvent offrir tous les types des lésions eczémateuses : formes sèches, formes humides, eczéma séborrhéique.

Fréquemment, chez les sujets arthritiques, souffrant de troubles digestifs, et surtout chez la femme, les lésions sont très superficielles, caractérisées par une rougeur plus ou moins nette et par une fine desquamation furfuracée. Ce type correspond au *pityriasis simplex* des auteurs.

Son **traitement** local est assez simple et consiste en lavages à l'eau chaude et de préférence à l'eau de son, suivis de lotions avec de l'eau additionnée de glycérine (un quart de glycérine neutre pour un quart d'eau de roses et moitié d'eau pure, par exemple), ou en applications de glycérolé d'amidon ; dans les cas rebelles, on peut recourir à l'emploi des pommades soufrées à 5 0/0 additionnées de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique ou de résorcine.

Chez les femmes et les jeunes sujets des deux sexes, les eczémas des lèvres se rapprochent par leurs caractères des eczémas des joues.

Fréquemment ils revêtent le type de l'eczéma séborrhéique surtout au voisinage du bord libre des lèvres ; ils doivent alors être traités par les applications soufrées.

Parfois, l'eczéma du bord libre des lèvres se traduit, surtout chez les sujets strumeux, par des fissures plus ou moins accusées, avec soulèvements épidermiques dans leurs intervalles.

Le **traitement** de cette localisation de l'eczéma peut être fait au moyen de pommades à l'oxyde de zinc; mais elle leur résiste souvent et nécessite alors l'emploi des pommades au calomel ou au précipité jaune et mieux encore, suivant la pratique de M. Besnier, l'emploi du caoutchouc sous forme de bandelettes fendues à leur partie moyenne correspondant à la fente buccale et maintenues par des cordons noués derrière la tête.

Eczémas des oreilles.

Les localisations de l'eczéma sur les oreilles accompagnent très fréquemment des lésions semblables de la face et surtout du cuir chevelu. Elles occupent le plus souvent le sillon rétro-auriculaire sous la forme d'une fissure plus ou moins suintante, mais peuvent s'étendre à tout le pavillon de l'oreille qui est rouge, tuméfié, suintant ou sec, et même au conduit auditif externe.

Ces lésions, souvent très rebelles, s'observent chez les sujets lymphatiques et surtout chez les arthritiques.

Leur **traitement** est le même que celui des formes correspondantes des eczémas en général. Il demande une grande persévérance, en raison de la longue persistance des lésions au niveau du sillon rétro-auriculaire, d'où elles menacent toujours de s'étendre au reste du pavillon, tant que leur guérison n'est pas

complète et que le tégument du pavillon reste infiltré et tuméfié.

ECZÉMAS DU TRONC

Les eczémas du tronc peuvent offrir tous les aspects de l'eczéma généralisé.

Il est cependant quelques localisations qui méritent une mention particulière.

Eczémas marginés des régions médianes du tronc.

Ces lésions, qui constituent le type le plus net des eczémas séborrhéiques, sont représentées par des cercles de coloration rouge, dont le centre est jaunâtre, le bord très finement incisé et soulevé. Les cercles d'étendue variable, parfois réunis les uns aux autres en contours festonnés, occupent les régions supérieures et médianes du thorax, en avant et en arrière, régions où M. Arnozan a montré l'abondance des sécrétions grasses.

Elles s'observent chez les sujets arthritiques et dyspeptiques atteints de séborrhée du cuir chevelu, et constituent le type le mieux défini de l'eczéma séborrhéique. Le contact direct du gilet de flanelle ou de tissus de tricot changés à intervalles trop éloignés joue un grand rôle dans leur développement.

Le **traitement** de cette forme d'eczéma consiste dans l'application de pommades soufrées à 5 ou 10 0/0 additionnées de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique, et en lotions avec une solution de sublimé au 2000ᵉ: très rapidement, la guérison est obtenue par ce procédé. Mais si l'on n'a pas soin de faire sup-

primer les gilets de flanelle et de tricot, ou au moins de les faire séparer de la peau par un linge de toile, l'affection ne tarde pas à se reproduire. Il est d'ailleurs nécessaire, pour consolider la guérison, de faire suivre au malade, pendant un certain temps après la disparition des lésions eczémateuses, le traitement de la séborrhée et en particulier les lavages à l'eau chaude et au savon de naphthol ou de goudron et les applications de poudres légèrement salicylées.

Eczémas du mamelon et du sein.

L'eczéma du mamelon et de l'aréole du sein, rare chez l'homme, s'observe assez fréquemment chez la femme, sous l'influence presque exclusive d'une des trois causes suivantes : grossesse, allaitement et gale.

Il revêt le plus souvent la forme suintante et croûteuse, rarement la forme sèche, et offre une grande tendance à persister longtemps.

Son **traitement** consiste, au début, dans les applications émollientes et, plus tard, dans l'emploi des pommades à l'huile de cade, à l'ichthyol ou à l'acide pyrogallique, avec les précautions d'usage.

Eczémas de l'ombilic.

Cette localisation de l'eczéma, plus particulière aux sujets obèses, rentre dans la catégorie des intertrigos (voir tome I, p. 263).

Eczémas des organes génitaux de l'homme.

L'eczéma peut se développer sur le gland, plus fréquemment sur la verge et le scrotum et peut y

affecter ses différentes formes cliniques. Il s'accompagne d'un prurit souvent intense, qui peut même le précéder, de sorte que souvent il se confond avec le prurit de ces régions et doit être considéré comme un prurit avec eczématisation secondaire; dans ces cas il s'accompagne fréquemment d'épaississement des téguments et est particulièrement rebelle.

Il s'observe spécialement chez les arthritiques nerveux. Le diabète en est souvent la cause.

Le **traitement** de l'eczéma génital des diabétiques a été exposé précédemment (voir tome I, p. 285).

Lorsque l'eczéma des parties génitales est indépendant du diabète, sa guérison est souvent plus difficile encore à obtenir. Outre les préparations destinées à combattre le prurit (voir T. I, p. 345) on recourra aux pommades à l'oxyde de zinc salicylées et, en cas d'échec, aux pommades à l'ichthyol, et surtout à l'emploi du suspensoir en toile fine de caoutchouc, qui donne dans ces cas des résultats très remarquables.

Eczémas des organes génitaux de la femme.

L'eczéma de la vulve et du vagin est caractérisé par la rougeur de ces parties avec suintement séreux ou séro-purulent, et souvent infiltration plus ou moins considérable des téguments.

Il est souvent en relation avec le prurit de ces régions, et se développe le plus ordinairement sous l'influence du diabète ou de lésions utérines avec leucorrhée.

Son **traitement** se confond pour la plus grande partie avec celui du prurit vulvaire (voir tome I, p. 348) et nécessite l'emploi des traitements des affections causales; lorsque les lésions inflammatoires sont

très accusées, les cataplasmes de fécule de pommes de terre rendent les plus grands services; dans les formes chroniques et persistantes, la structure des parties ne permet pas l'emp'oi des topiques irritants usités dans les autres localisations de l'eczéma, ce qui contribue à en prolonger la durée.

Eczémas du périnée et de l'anus.

Ces localisations de l'eczéma présentent les plus grandes analogies avec les eczémas des organes génitaux et, comme ceux-ci, sont fréquemment en relation avec le prurit de la région. Ils s'observent le plus ordinairement chez les arthritiques nerveux et peuvent être consécutifs à des lésions de la partie inférieure de l'intestin.

Leur **traitement** se confond avec celui du prurit de ces régions (voir tome I, p. 348) et ne présente pas de moyens spéciaux d'action. Dans l'eczéma de l'anus, on devra surtout particulièrement interdire l'usage d'aliments excitants, d'épices et des fruits renfermant des pépins susceptibles d'irriter l'anus au moment de leur expulsion, comme les figues, les raisins, les groseilles, etc.

ECZÉMAS DES MEMBRES

Eczémas des mains et des pieds.

Les eczémas de la face dorsale des mains et des pieds peuvent offrir les types les plus divers des eczémas des autres régions.

A la paume des mains et à la plante des pieds, l'eczéma revêt souvent des caractères spéciaux et se caractérise par un développement plus ou moins pro-

noncé de la couche épidermique, qui est épaisse, résistante, de coloration jaunâtre ou grisâtre (eczémas kératodermiques et eczémas cornés) avec des fissures profondes.

Cette forme d'eczéma, qui est le plus souvent symétrique et parfois occupe simultanément les mains et les pieds, est souvent confondue avec les syphilides des mêmes sièges. Elle s'observe chez les arthritiques et est particulièrement rebelle.

Son **traitement** local demande une grande persévérance. Les préparations salicylées, les applications de savon noir dans les formes peu ou point irritables, les pommades à l'oxyde de zinc au moment des poussées inflammatoires et surtout les applications longtemps répétées d'emplâtre rouge de Vidal, d'emplâtre adhésif boriqué, d'emplâtre à l'oxyde de zinc ou au dermatol, sont les moyens les plus recommandables. Les enveloppements de caoutchouc sont très rarement utiles dans ces formes.

Eczémas des ongles.

Les ongles peuvent être le siège de lésions eczémateuses, développées à la suite d'eczémas chroniques des doigts ou des orteils, ou survenues isolément.

Ces lésions consistent soit en une inflammation du tégument au pourtour de l'ongle, avec rougeur et tuméfaction ou avec desquamation, soit en altérations de l'ongle lui-même qui est épaissi, rugueux, irrégulier et déformé, présentant l'aspect de la moelle de sureau à son extrémité libre, ou exfolié et strié, parfois simplement piqueté de petites dépressions; ces dernières altérations constituent plutôt des dys-

trophies unguéales (Besnier) que des lésions eczémateuses proprement dites.

Le **traitement** des eczémas péri-unguéaux consiste surtout, après l'emploi des émollients, dans les applications d'huile de cade (glycérolé cadique) ou mieux d'huile de bouleau (pommade à 1 ou a 4 0/0), parfois dans l'occlusion avec un doigtier de caoutchouc.

Lorsque l'ongle est seul atteint, les applications d'emplâtre rouge de Vidal sont incontestablement le meilleur moyen de modifier son état et de lui rendre son aspect normal.

Eczémas des jambes.

Les eczémas des jambes peuvent présenter les mêmes aspects et se développer sous l'influence des mêmes causes que les eczémas des autres régions ; fréquemment ils sont en rapport avec les varices et revêtent alors des formes diverses : tantôt caractérisés par une rougeur vive avec ou sans suintement séreux et formation de croûtes, tantôt par une desquamation à lambeaux plus ou moins larges, ils peuvent s'accompagner d'ulcères variqueux et être l'origine d'un éléphantiasis du membre.

Ces eczémas s'observent surtout chez les sujets arthritiques, fréquemment chez les sujets ayant une tendance à l'obésité, qui sont les plus fréquemment atteints de varices. Des pansements mal faits, des applications irritantes diverses peuvent en être la cause déterminante.

Le **traitement** topique de ces eczémas ne diffère pas de celui des formes correspondantes des eczémas du tronc ou des autres régions. Si le caoutchouc y a été spécialement préconisé, il ne présente le plus

souvent aucun avantage réel sur les enveloppements humides, auxquels nous engageons à recourir tout d'abord dans la majorité des eczémas.

Nous croyons même, avec M. Besnier, qu'il y a avantage à réserver la bande de caoutchouc comme moyen de compression et de contention du membre après la guérison des lésions eczémateuses.

Toutes les fois qu'un eczéma de la jambe offre une certaine étendue, qu'il affecte la forme suintante, le sujet devra être condamné au repos absolu, la jambe étendue ou même relevée.

Lorsque l'eczéma est peu étendu, la marche modérée peut être permise, à la condition que le membre soit maintenu par un bandage approprié (bas élastique bien fait, bande de flanelle, bande de caoutchouc) qui exerce une compression régulière et combatte la stase veineuse; mais on aura soin d'interposer entre le bandage et le pansement un linge de toile fine pour empêcher que le bandage ne soit souillé par les topiques appliqués sur la peau.

On devra en outre combattre l'état variqueux et ses conséquences par une médication interne appropriée : iodures, hamamelis, etc.

FIN DU TOME PREMIER

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT DES DERMATOSES EN PARTICULIER

CHAPITRE PREMIER

CHAPITRE II

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

BIBLIOTHÈQUE

DE

THERAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

DUJARDIN-BEAUMETZ	O. TERRILLON
Membre de l'Académie de Médecine Médecin de l'Hôpital Cochin etc.	Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris Chirurgien de la Salpêtrière

---

PARTIE MÉDICALE

Art de formuler. 1 volume, par DUJARDIN-BEAUMETZ.

Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte. 1 volume, par E. BARIÉ, médecin de l'hôpital Tenon.

Thérapeutique des maladies des organes respiratoires. 1 volume, par H. BARTH, médecin de l'hôpital Broussais.

Thérapeutique de la tuberculose. 1 volume, par H. BARTH, médecin de l'hôpital Broussais.

Thérapeutique des maladies de l'estomac. 1 volume, 2e *édition*, par A. MATHIEU, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies de l'intestin, 1 volume, 2e *édition*, par A. MATHIEU.

Thérapeutique des maladies du foie. 1 volume, par L. GALLIARD, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies de la peau. 2 volumes, par G. THIBIERGE, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies du rein. 1 volume, par E. GAUCHER, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté.

Thérapeutique de la diphtérie. 1 volume, par E. GAUCHER, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté.

Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte. 1 volume, par W. Oettinger, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique de la fièvre typhoïde. 1 vol., par P. Le Gendre, médecin des hôpitaux.

Therapeutique des maladies vénériennes. 1 volume, par F. Balzer, médecin de l'hôpital du Midi.

Thérapeutique du diabète. 1 volume, par L. Dreyfus-Brisac, médecin de l'hôpital Tenon.

Thérapeutique des névroses. 1 volume, par P. Oulmont, médecin de l'hôpital Laënnec.

Thérapeutique infantile. 1 volume, par A. Josias, médecin des hôpitaux.

Prophylaxie des maladies infectieuses. 2 volumes, par A. Chantemesse, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté, et M. Besançon.

Thérapeutique des maladies infectieuses. 1 volume, par A. Chantemesse, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté, et M. Besançon.

Thérapeutique des maladies du nez, des sinus et du pharynx nasal, 1 volume, par M. Lermoyez, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies du pharynx et du larynx, 1 volume, par M. Lermoyez.

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par M. Lermoyez, 1 vol.

PARTIE CHIRURGICALE

Asepsie et Antisepsie chirurgicales. 1 volume, par O. Terrillon et H. Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale des maladies du crâne, 1 volume, par P. Sebileau, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique chirurgicale des maladies du rachis. 1 volume, par P. Sebileau, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique oculaire. 1 vol., par F. Brun, agrégé à la Faculté, chirurgien de Bicêtre.

Thérapeutique chirurgicale des maladies de la poi-

trine. 1 volume, par Ch. WALTHER, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale des maladies de l'estomac et du foie. 1 volume, par H. CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale de l'intestin et du rectum. 1 volume, par H. CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale de l'urètre et de la prostate. 1 volume, par J. ALBARRAN, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique chirurgicale de la vessie et du rein. 1 volume, par J. ALBARRAN, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique obstétricale. 1 volume, par A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux.

Thérapeutique gynécologique. 1 volume, par Ch. PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations et des membres, 2 volumes, par Ch. PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies osseuses. 1 volume, par O. TERRILLON et P. THIÉRY, chef de clinique chirurgicale.

LA COLLECTION SERA COMPLÈTE EN 37 VOLUMES

Tous les volumes sont publiés dans le format in-18 jésus; ils sont reliés en peau pleine et comportent chacun de 200 à 400 pages avec figures.

Prix de chaque volume indistinctement : **4** fr.
Ils se vendent tous séparément.

VOLUMES PARUS LE 1er DÉCEMBRE 1894 :

DUJARDIN-BEAUMETZ : Art de formuler.
H. BARTH : Organes respiratoires.
A. MATHIEU : Estomac.
A. MATHIEU : Intestin.
L. DREYFUS-BRISAC : Diabète.
P. OULMONT : Névroses.
F. BARIÉ : Cœur et Aorte.
F. BALZER : Maladies vénériennes.
P. LE GENDRE : Fièvre-Typhoïde.
G. THIBIERGE : Peau. 2 vol.
L. GAILLARD : Foie.
TERRILLON ET CHAPUT : Asepsie et Antisepsie chirurgicales.
A. AUVARD : Thérapeutique obstétricale.

THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

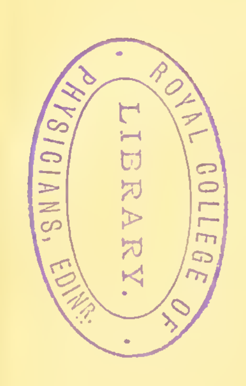
THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

PAR LE Dr Georges THIBIERGE

Médecin des Hôpitaux de Paris



TOME SECOND

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1895

THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

CHAPITRE VI (SUITE)

HERPÈS

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom d'herpès à des affections caractérisées par le développement de vésicules de petit volume, disposées en groupes irréguliers reposant sur une base rouge. Les vésicules se rompent au bout de quelques heures, de deux ou trois jours au plus, laissant à leur place une croûtelle brunâtre sur les parties exposées au contact de l'air, une ulcération à bords polycycliques sur les muqueuses et les parties où l'adossement de deux surfaces tégumentaires entretient une humidité permanente. La lésion guérit toujours, quel que soit son siège, sans laisser aucune trace de son existence.

Le groupe d'herpès est souvent unique ; d'autres fois, des groupes semblables se développent simultanément, ou à court intervalle, sur une même

région ou sur des régions différentes, parfois en grand nombre.

Les ganglions lymphatiques correspondants sont toujours légèrement tuméfiés et douloureux pendant l'évolution des groupes herpétiques.

L'herpès peut se montrer sur les divers points du tégument. Il affecte une prédilection particulière pour la face, principalement le pourtour des lèvres, et pour les organes génitaux des deux sexes. Les muqueuses (bouche, pharynx, vagin) peuvent également en être le siège.

Les causes de l'herpès sont extrêmement nombreuses.

Un grand nombre d'infections et spécialement les infections à pneumocoques le comptent au nombre des manifestations qui accompagnent leurs lésions viscérales; parfois il est, avec les troubles généraux de la santé, le seul indice d'une infection, de cause indéterminée et à agents probablement variables, à laquelle on a donné le nom de fièvre herpétique, dénomination défectueuse : car elle semble indiquer l'existence d'une maladie véritable là où il n'y a sans doute qu'une infection banale.

Il peut révéler simplement des troubles digestifs, provoqués par une modification du régime, par la fatigue, ou se montrer au début de la période menstruelle.

L'herpès, chez certains sujets, se développe avec une désespérante facilité sous l'influence des causes précédentes.

Dans certains cas, l'herpès récidive presque périodiquement dans une région donnée et toujours la même; cet *herpès récidivant* est souvent précédé de douleurs et d'irradiations névralgiques très pénibles.

L'*herpès des organes génitaux* appartient le plus souvent chez l'homme à la catégorie des herpès récidivants, névralgiques ou non, et est particulièrement fréquent chez les arthritiques nerveux. Il peut se produire à la suite des causes habituelles de l'herpès des autres régions. Fréquemment il se montre à la suite d'un coït accidentel avec une femme affectée de leucorrhée et ne se reproduit plus après les coïts ultérieurs avec la même femme.

Traitement. — L'herpès vulgaire ne demande le plus souvent aucun traitement, ou du moins ne nécessite que l'application de topiques non irritants et légèrement antiseptiques dont le type est la vaseline boriquée. Ce traitement ou les applications de liniment oléo-calcaire et plus tard de pommades à l'oxyde de zinc conviennent encore dans les cas d'herpès étendus.

Si la cicatrisation est trop lente, on peut l'activer par des attouchements au nitrate d'argent; sur les muqueuses, on y joindra les irrigations d'eau boriquée.

M. Leloir a préconisé l'emploi de l'alcool à 90°, additionné de 1 0/0 de résorcine, d'acide phénique, ou de thymol, ou aromatisé (eau de Cologne par exemple), pour faire avorter les plaques d'herpès au début et empêcher le développement de vésicules à leur surface : ces liquides servent à imbiber un tampon d'ouate hydrophile ou un morceau de linge qu'on recouvre de gutta-percha et qu'on mouille une dizaine de fois par jour pour le maintenir constamment humide.

Dans l'herpès des organes génitaux de l'homme, les lavages répétés avec une solution antiseptique faible (eau boriquée, solution de phéno-salyl au 500e) ou astringente (eau blanche, décoction de roses

de Provins, de feuilles de ronce ou de noyer, etc.) suivis d'une application de poudre inerte ou antiseptique (talc additionné de 1/10 de salicylate de bismuth, dermatol, diiodoforme, sous-nitrate de bismuth) en ayant soin d'interposer un linge fin entre le prépuce et le gland, suffisent à obtenir la réparation rapide des lésions; on devra surtout s'abstenir de toute application irritante qui, les déformant et indurant leur base, risquerait d'augmenter leur durée ou de les faire confondre ultérieurement avec un chancre simple ou syphilitique.

Les soins extrêmes de propreté, les lavages biquotidiens avec des décoctions astringentes ou avec des solutions de sulfate de cuivre ou de zinc à 1 pour 200, les applications continues des poudres précédentes permettront parfois, en augmentant la résistance du tégument, d'éloigner les récidives de cette désespérante localisation de l'herpès.

Le traitement thermal d'Uriage, de Luchon, de Royat devra être conseillé aux malades qui sont tourmentés par elle et en empêchera souvent le retour.

Dans les diverses formes d'herpès récidivant, l'usage des médicaments nervins, en particulier des préparations de valériane et de belladone, l'hydrothérapie, les applications de pointes de feu sur le rachis, pourront être utilisés pour combattre à la fois les névralgies qui accompagnent les poussées d'herpès et la tendance au retour de la lésion.

L'herpès vulvaire sera traité localement par les irrigations répétées de solutions antiseptiques faibles, les bains de siège émollients ou mieux astringents, les applications de vaseline boriquée et de poudres inertes, l'interposition entre les lèvres de

linges fins ou de tampons d'ouate hydrophile saupoudrés des mêmes poudres.

ZONA

Exposé clinique et étiologique. — Le zona, ou herpès zoster, est caractérisé par le développement de groupes analogues à ceux de l'herpès, d'étendue et de nombre variables, disposés sur le territoire de distribution cutanée d'un ou de plusieurs nerfs voisins et s'accompagnant souvent de douleurs névralgiques plus ou moins intenses sur le trajet des mêmes nerfs.

Ces groupes herpétiques se développent, par poussées successives, dans l'espace de quelques jours; les vésicules qui les constituent se dessèchent ou plus souvent se rompent, et leur rupture est suivie de la formation de croûtes. Contrairement à ce qui se passe dans l'herpès vulgaire, un certain nombre d'entre elles laissent après leur chute des cicatrices persistantes au niveau desquelles la sensibilité est ordinairement abolie.

Des complications locales peuvent survenir à la suite du zona : pustules d'ecthyma et gangrènes parfois étendues, dues à l'état général du malade (diabète, albuminurie) ou résultant de la gravité des lésions nerveuses qui produisent le zona.

Le zona peut évoluer sans causer d'autres douleurs qu'une sensation locale de brûlure au niveau des groupes herpétiques; souvent il s'accompagne de douleurs névralgiques, précédant l'apparition de l'éruption ou coïncidant avec elle, parfois persistant après sa guérison, d'autant plus intenses et rebelles

que le sujet est plus avancé en âge et de tempérament plus nerveux. Plus rarement, il est suivi de paralysies et d'atrophies musculaires siégeant au voisinage ou à distance de la région occupée par l'éruption.

Le siège de prédilection du zona est la région thoracique (zona intercostal), et la portion inférieure du tronc (zona lombo-abdominal). Plus rarement il occupe le membre supérieur, où il n'est souvent que l'extension d'un zona intercostal par suite des anastomoses des premiers nerfs intercostaux avec les nerfs du plexus brachial, plus rarement encore les membres inférieurs, où il peut siéger sur le territoire de distribution du nerf sciatique ou du nerf crural. On peut également l'observer au cou et à la face ; il se localise plus fréquemment sur la branche supérieure du trijumeau (zona ophthalmique) que sur les deux branches inférieures et y présente une gravité particulière en raison des lésions oculaires dont il est souvent alors l'origine, lésions qui sont surtout à redouter lorsque les groupes de vésicules se développent sur la racine du nez et lorsque la cornée est insensible.

Le zona s'observe plus fréquemment au printemps et à l'automne que dans les autres saisons de l'année, et parfois sa fréquence semble constituer de petites épidémies.

Le tempérament nerveux paraît y prédisposer.

Parfois on le voit se développer dans le cours ou dans la convalescence de maladies infectieuses diverses, peut-être dans l'intoxication arsenicale. D'autres fois il survient sans cause appréciable.

L'existence de phénomènes généraux dans quelques cas, l'absence de récidive le rapprochent des

maladies infectieuses. Sauf les cas où il apparaît dans le cours de lésions du système nerveux (tabes, mal de Pott, myélites, etc.), et où il mérite plutôt le nom de zostériforme que celui de zoster, le zona paraît la traduction sur la peau d'une infection encore indéterminée (fièvre zoster de M. Landouzy).

La cause primitive du zona agit par l'intermédiaire d'une lésion portant sur les ganglions nerveux ou sur les nerfs périphériques, lésion dont la clinique avait démontré l'existence avant que l'anatomie pathologique ne l'ait constatée et dont la réalité ne fait plus doute actuellement.

Traitement. — Les médications internes les plus diverses ont été essayées pour arrêter la marche d'une éruption de zona et n'ont eu aucun effet sur les lésions cutanées.

Les phénomènes généraux qui accompagnent parfois le début de cette affection doivent être traités par la quinine à hautes doses, à laquelle on associera les purgatifs.

L'indication principale du traitement interne est fournie par les douleurs névralgiques qui accompagnent ou suivent l'éruption.

Ces douleurs peuvent être combattues par les divers agents de la thérapeutique antinévralgique : sulfate de quinine, antipyrine, opiacés, aconitine, valériane, etc. Ces substances réussissent assez bien contre les douleurs initiales; elles sont beaucoup moins efficaces contre les névralgies qui succèdent au zona et qui chez certains sujets sont d'une ténacité désespérante.

Les médicaments qui nous ont paru relativement les moins infidèles sont le sulfate de quinine (60 à 80 centigrammes), l'aconitine (1/2 à 3/4 de milli-

gramme) et la teinture de gelsemium (20 à 25 gouttes par jour), qui nous a parfois réussi dans des cas où tous les autres médicaments avaient échoué. Les injections de morphine peuvent servir à calmer les douleurs initiales du zona ; dans les névralgies consécutives, on ne doit les pratiquer qu'avec beaucoup de réserve, leur longue persistance risquant de conduire les malades à l'abus du médicament et à la morphinomanie.

Lorsque la névralgie est assez violente pour empêcher le sommeil, le chloral et le sulfonal peuvent être employés.

L'anémie, qui vient souvent s'ajouter à ces complications et les aggraver, sera combattue par les moyens appropriés.

Les applications de chlorure de méthyle, seulement après la cicatrisation complète des lésions cutanées, les applications de pointes de feu, l'électrisation, etc., peuvent encore être employées contre ces névralgies.

Les traitements thermaux par les eaux de Plombières, de Bourbonne, d'Aix, de Néris, amèneront dans des cas rebelles une guérison que les moyens précédents étaient incapables de procurer.

Les atrophies et les paralysies consécutives au zona sont justiciables des moyens ordinaires de traitement de ces affections, en particulier de l'électrisation.

Les lésions du système nerveux au cours desquelles survient le zona, qui en est quelquefois le symptôme initial et révélateur, seront, bien entendu, traitées suivant les indications qu'elles comportent.

Le *traitement local* du zona, dans les cas simples, se réduit aux applications de poudres inertes (ami-

don, talc, oxyde de zinc), additionnées d'acide borique ou d'acide salicylique, etc., recouvertes d'une couche d'ouate aseptique, et renouvelées une ou deux fois par jour. Ce pansement protège la région contre les chocs extérieurs, garantit les vésicules contre les contaminations et permet aux ulcérations de se réparer sous les croûtes avec le minimum de douleur et de cicatrices consécutives.

L'ouverture des vésicules avec une aiguille nous semble inutile; elle peut être dangereuse si elle n'est pas faite dans des conditions absolues d'asepsie. La dessiccation spontanée sous pansement nous paraît de beaucoup préférable.

Les pansements humides et en particulier les cataplasmes doivent être absolument proscrits : ils déterminent la rupture précoce des vésicules, empêchent la formation d'une croûte protectrice et sont suivis d'ulcérations rebelles et douloureuses.

Les badigeonnages au collodion, les applications de solutions alcooliques fortes suivant le procédé de M. Leloir, ne pourraient être essayés que tout à fait au début des plaques de zona, avant la formation des vésicules; plus tard, ils déterminent des ulcérations et doivent être proscrits. Il en est de même des badigeonnages avec une solution de perchlorure de fer, avec le crayon de nitrate d'argent, et d'une foule d'autres traitements proposés par divers auteurs.

Lorsque les vésicules sont rompues et ont donné lieu à des ulcérations, sous l'influence d'applications intempestives, le pansement doit consister en applications de substances grasses, de préférence le liniment oléo-calcaire frais et boriqué ou phéniqué à 1 0/0 et la vaseline boriquée, renouvelés une ou deux fois par jour, jusqu'à ce que la suppuration et

l'inflammation aient disparu; à ce moment, on pourra se contenter d'appliquer une rondelle d'emplâtre adhésif boriqué ou d'emplâtre rouge de Vidal.

Dans les cas rares où le zona s'accompagne de gangrène du tégument, le pansement des lésions sera fait au moyen des poudres antiseptiques et absorbantes : charbon, quinquina, etc., additionnés d'iodoforme ou de salol, etc.

Les complications oculaires du zona ophthalmique nécessitent une surveillance toute spéciale pour être découvertes dès leur apparition. Leur traitement est du ressort de l'ophthalmologie, et nous ne pouvons que signaler ici son impérieuse et immédiate nécessité, renvoyant, pour ses indications et ses détails, aux traités des maladies des yeux.

PEMPHIGUS ET ÉRUPTIONS PEMPHIGOÏDES

Les anciens dermatologistes décrivaient sous le nom de pemphigus toutes les éruptions bulleuses et en avaient créé une foule de formes.

Aujourd'hui, le cadre du pemphigus est singulièrement restreint, et on peut ranger, avec M. Besnier, dans le groupe très artificiel des éruptions pemphigoïdes la plupart des dermatoses que les anciens auteurs appelaient pemphigus.

Les éruptions pemphigoïdes comprennent, outre les dermatoses toxiques à forme bulleuse et les érythèmes polymorphes bulleux (pemphigus bénin des anciens dermatologistes), la dermatite herpétiforme de Duhring.

Nous n'étudierons dans ce chapitre que les pemphigus vrais et la dermatite de Duhring.

Pemphigus.

Exposé clinique et étiologique. — Les maladies auxquelles on réserve actuellement la dénomination de pemphigus sont toutes, à l'exception du pemphigus épidémique des nouveau-nés (voir T. I, p. 233) et du pemphigus hystérique (voir T. I, p. 289), des dermatoses à marche chronique, caractérisées par la production de bulles de dimensions variables, survenant par poussées successives se répétant pendant un temps toujours long; ces affections peuvent provoquer des lésions épidermiques ou dermiques secondaires d'aspect variable, et s'accompagnent plus ou moins rapidement de troubles graves de la santé générale : diarrhée, albuminurie, bronchite, congestion pulmonaire, état cachectique. Elles aboutissent à peu près fatalement à la mort dans un temps variant de quelques mois à plusieurs années.

Les bulles, d'étendue variable, sont tantôt saillantes, hémisphériques, remplies de sérosité citrine d'abord, purulente plus tard, tantôt à peine surélevées, aplaties, leur existence ne se révélant que par un certain degré d'humidité de la peau au-dessous des squames ou des croûtes qui leur succèdent.

Elles peuvent (pemphigus vulgaire) se rompre, laisser à leur place des croûtes recouvrant des ulcérations longtemps persistantes, ou à cicatrisation rapide.

D'autres fois (pemphigus végétant), leur rupture est suivie du développement de végétations et de fongosités saillantes, rappelant l'aspect des végétations

syphilitiques, parfois très volumineuses, s'étendant par leurs bords par suite de la production de nouvelles bulles au voisinage des premières ; ces lésions occupent le plus ordinairement les plis articulaires et le voisinage des organes génitaux.

Dans d'autres cas (pemphigus foliacé), les bulles, généralement peu saillantes, se rompent rapidement ; l'épiderme qui les recouvrait se transforme en lamelles grisâtres ou blanchâtres, un peu humides, au-dessous desquelles la peau est légèrement suintante ; ces squames peuvent atteindre des dimensions assez considérables, amener une exfoliation de l'épiderme comparable à celle des dermatites exfoliatrices, avec chute des ongles et des poils. Ces lésions tendent à se généraliser à tout le tégument.

Dans toutes les formes de pemphigus, il est habituel de voir les productions bulleuses se développer sur la muqueuse buccale, où elles rappellent l'aspect des syphilides ; c'est là du reste un caractère commun à toutes les grandes dermatoses bulleuses.

L'étiologie du pemphigus est complètement inconnue ; les lésions du système nerveux central ou périphérique, observées dans quelques cas, ne semblent pas expliquer nettement les caractères de la dermatose, et encore faudrait-il les rattacher elles-mêmes à une cause qui n'est pas jusqu'ici déterminée.

Les sujets atteints de pemphigus offrent presque toujours un état général des plus défectueux ; mais les troubles de la nutrition semblent être la conséquence de la dermatose plus encore que son origine.

Traitement. — En l'absence d'une thérapeutique

étiologique et pathogénique, le traitement du pemphigus ne peut être que symptomatique.

Les toniques, les reconstituants, le fer, le quinquina, la kola, l'huile de foie de morue, l'arsenic, les phosphates, peuvent être utilisés pour soutenir les forces du malade.

Les préparations de quinine, de belladone, d'ergotine peuvent être employées pour modérer le développement des bulles.

L'alimentation sera aussi réparatrice que possible, en même temps que d'assimilation facile; le lait sera donné largement pour ne pas fatiguer les voies digestives et en même temps pour favoriser la diurèse, qui compensera l'insuffisance des fonctions cutanées. Il faut remarquer cependant que, dans le pemphigus foliacé, la desquamation est une cause de déperdition abondante de matériaux azotés.

Localement, le traitement du pemphigus n'est souvent pas plus satisfaisant. Il demande une grande surveillance, les topiques les plus anodins en apparence pouvant exagérer les lésions cutanées.

Dans le pemphigus vulgaire, on aura surtout recours aux pansements avec le liniment oléo-calcaire et la vaseline boriquée, aux applications d'emplâtres non irritants comme l'emplâtre rouge de Vidal, l'emplâtre à l'oxyde de zinc ou au dermatol ou simplement l'emplâtre adhésif boriqué ou aux applications de poudres inertes (bismuth, dermatol, oxyde de zinc, talc, etc.). On exigera surtout la propreté absolue du tégument et des lotions avec des liquides faiblement antiseptiques aussi fréquentes que le tégument pourra les supporter.

Dans le pemphigus végétant, les pansements avec le liniment oléo-calcaire, la vaseline boriquée, la

poudre de quinquina, additionnée de salol, l'iodoforme ou le sous-carbonate de fer peuvent suffire si les lésions sont peu étendues. Dans des cas de végétations exubérantes et larges, Köbner (1) a obtenu de très remarquables résultats par le raclage et les cautérisations ignées.

Le traitement du pemphigus foliacé est plus embarrassant encore : les enveloppements avec des compresses imbibées de liniment oléo-calcaire, de solutions antiseptiques faibles (sublimé, phénosalyl, ichthyol, résorcine, etc.) ou d'eau bouillie, aidés de lavages avec ces mêmes solutions, sont encore les moyens les plus recommandables, mais demandent une surveillance assidue, et les substances employées doivent être variées suivant la susceptibilité des sujets et les modifications qu'elles apportent dans l'état du tégument.

Les bains continus, lorsqu'ils sont possibles et tolérés, semblent, d'après l'observation des auteurs allemands, rendre des services dans les diverses formes de pemphigus.

Les bains prolongés pendant plusieurs heures peuvent quelquefois être employés avec avantage; mais le plus souvent les bains doivent être courts et rares, en raison des exacerbations qu'ils provoquent dans les lésions cutanées.

Contre les lésions des muqueuses, on recourra aux irrigations antiseptiques (eau boriquée ou phénosalylée) et aux cautérisations avec le nitrate d'argent.

Dermatite herpétiforme.

Exposé clinique et étiologique. — Duhring (de Philadelphie) a décrit sous ce nom une affec-

(1) *Deutsch. Arch. f. klin. Medic.*, 1894, LIII, 1-2.

tion bien connue en France depuis les travaux de M. Brocq (1), auxquels nous renvoyons pour plus de détails; elle comprend la plupart des faits désignés par les auteurs sous le nom de pemphigus bénins qui ne rentrent pas dans l'érythème polymorphe, et, en outre, certaines variétés d'hydroa.

Cette affection, à marche chronique, se traduit par des poussées survenant à intervalles plus ou moins longs et donnant lieu à l'apparition de lésions cutanées d'aspect très variable (d'où le nom de « dermatite polymorphe douloureuse à poussées successives » sous lequel M. Brocq a proposé de la désigner). Ces lésions sont essentiellement constituées par des plaques érythémateuses, rappelant l'aspect de l'urticaire ou de l'érythème polymorphe, généralement arrondies, sur lesquelles se développent, soit à leur périphérie, soit en des points variables de leur surface, des vésicules analogues à celles de l'herpès, des bulles ou des phlyctènes remplies de sérosité citrine ou purulente.

La rupture des éléments vésiculeux ou bulleux peut être suivie simplement de la formation de croûtes parfois impétiginiformes, plus rarement du développement de végétations analogues à celles du pemphigus végétant. La disparition des placards est suivie d'une pigmentation locale persistante. Le développement des lésions cutanées est précédé et accompagné d'une sensation de prurit, ou plus souvent de chaleur douloureuse; il se fait par poussées successives répétées à intervalles courts constituant une attaque de durée variable (quelques semaines

(1) *Annales de Dermatologie*, 1888; *Société française de Dermatologie*, passim, 1890-91-92-93.

en général); les attaques se reproduisent à intervalles inégaux pendant plusieurs années.

Malgré la longue durée de l'affection, et contrairement à ce que l'on observe dans le pemphigus, l'état général reste bon; il n'y a ni diarrhée, ni albuminurie, ni lésions pulmonaires; pendant les poussées, on constate seulement une élévation de température qui reste toujours modérée.

L'étiologie de la dermatite herpétiforme est des plus obscures; il faut cependant attribuer un grand rôle au système nerveux dans sa production : car elle se développe presque exclusivement chez des sujets nerveux, fréquemment à la suite d'émotions morales vives, de chagrins ou de surmenage intellectuel. La grossesse intervient dans certains cas pour la déterminer : nous croyons en effet que cette condition étiologique ne suffit pas pour séparer de la dermatite herpétiforme les faits désignés sous le nom d'herpès gestationis, dans lesquels les lésions sont identiques à celles des cas vulgaires de dermatite herpétiforme et les poussées éruptives limitées exclusivement à la durée de la grossesse ou des grossesses successives.

Traitement. — Le *traitement interne* de la dermatite herpétiforme doit s'adresser surtout à l'état névropathique des sujets : les préparations de valériane, les toniques généraux, quinquina, kola, phosphates, sont donc indiqués. Le repos moral et intellectuel, l'isolement au besoin jouent dans sa guérison un rôle tout aussi important que le traitement médicamenteux, et nous avons vu des poussées éruptives succéder à bref délai à des préoccupations vives ou à des émotions soudaines.

L'insomnie sera, s'il y a lieu, combattue par l'em-

ploi de l'éther, du chloral, plus rarement et seulement avec surveillance de leurs effets par les bromures.

Les médicaments vaso-moteurs, en particulier les préparations de belladone, de quinine, d'ergotine, peuvent servir à modérer les troubles circulatoires cutanés et la production de bulles, surtout au début des poussées intenses. L'acide phénique peut être utilisé contre le prurit et les manifestations douloureuses de la peau, à doses de 30 à 80 centigrammes par jour, en pilules prises au moment des repas.

L'arsenic (liqueur de Fowler, solution d'arséniate de soude) a été vanté dans la dermatite herpétiforme; nous croyons que, comme dans nombre d'autres affections cutanées, il agit plutôt sur la nutrition générale que sur la dermatose elle-même; mais nous reconnaissons qu'il peut et doit y être administré à doses aussi fortes que le malade peut les supporter.

Le régime lacté et les diurétiques semblent également utiles. Les fonctions digestives doivent être surveillées; le régime doit être sévère et il faut proscrire tous les aliments excitants, les boissons alcooliques, le thé, le café, etc.; l'antisepsie intestinale nous a paru modérer parfois l'intensité des poussées éruptives. Chez la femme, les troubles utérins doivent être recherchés et traités par les moyens appropriés.

Le *traitement local* de la dermatite herpétiforme consiste surtout dans les lotions antiprurigineuses suivies de l'emploi des poudres inertes (oxyde de zinc, bismuth, talc, additionnés de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique), et, lorsque les lésions vésiculeuses ou bulleuses ont une certaine intensité,

dans les applications de vaseline boriquée, de pommade de zinc additionnée d'acide salicylique ou d'acide phénique. Quand les bulles sont volumineuses et les téguments très enflammés, on préférera à ces topiques les enveloppements avec des compresses imbibées de liniment oléo-calcaire, et, si les poussées congestives sont très intenses et étendues, les enveloppements avec des compresses trempées dans une solution de salicylate de soude à 2 0/0 et de bicarbonate de soude à 1 0/0 (Besnier), de sublimé, de phéno-salyl ou d'ichthyol.

Quand il s'est formé des croûtes épaisses, on peut les faire tomber au moyen de púlvérisations tièdes, ou de cataplasmes de fécule appliqués pendant quelques heures seulement.

Les bains de son, d'amidon, etc., ne doivent être employés qu'avec une extrême prudence : car, s'ils soulagent quelquefois les malades, ils sont souvent l'occasion de poussées nouvelles et intenses.

PITYRIASIS

Les anciens dermatologistes décrivaient sous le nom de pityriasis une foule d'affections cutanées dont la production de squames minces, analogues à du son (πίτυρον, son), était la caractéristique principale. Le nombre des pityriasis est aujourd'hui très limité.

Quand on a distrait les formes squameuses superficielles de l'eczéma (pityriasis simplex de quelques auteurs, *vulgo* dartres farineuses) (voir T. II, p. 37) et les affections squameuses du cuir chevelu (séborrhée sèche, pityriasis capillitii des anciens der-

matologistes) (voir T. II, p. 117), il ne reste plus dans le groupe des pityriasis que le pityriasis versicolore et le pityriasis circiné de Vidal, que nous avons décrits parmi les affections parasitaires (voir T. I, p. 129 et 132), le pityriasis rosé de Gibert, les dermatoses appelées pityriasis rubra et le pityriasis rubra pilaire. Nous avons à étudier ces trois dernières maladies.

Pityriasis rosé de Gibert.

Exposé clinique et étiologique. — On décrit, depuis Gibert, sous le nom de pityriasis rosé, une affection à marche cyclique caractérisée par le développement de taches rouges, finement desquamantes à leur centre.

L'éruption débute souvent par une seule plaque (plaque primitive de Brocq), occupant ordinairement le dos et offrant, avec des dimensions plus considérables, les mêmes caractères que celles qui se développent par la suite.

Celles-ci se montrent sous la forme de taches rouges, légèrement surélevées, qui s'étendent excentriquement ; parvenues à une certain développement, elles sont formées d'un contour rosé, et d'un centre légèrement jaunâtre au niveau duquel l'épiderme est plissé et brillant, finement squameux vers la périphérie, et constituent des médaillons arrondis ou ovalaires de dimensions variées pouvant atteindre celle d'une pièce de deux francs et plus ; les cercles peuvent se réunir les uns aux autres, formant de larges placards à contours polycycliques.

Ces éléments, généralement nombreux, sont disséminés sur la base du cou et le thorax, où ils apparaissent d'abord et où ils atteignent leurs plus

grandes dimensions : ils sont plus rares sur l'abdomen et sur les membres supérieurs, sur lesquels ils se développent plus tard et de haut en bas.

L'affection, généralement peu ou pas prurigineuse, disparaît spontanément dans l'espace de quelques semaines, plus rarement de deux à trois mois.

Le pityriasis rosé s'observe surtout chez les sujets jeunes, à peau fine et délicate. Il paraît relativement plus fréquent chez ceux dont l'estomac est dilaté, quoique cette condition soit loin d'être constante.

On n'a pas jusqu'ici, malgré les afffrmations de l'École de Vienne, qui le désigne à tort sous le nom de trichophytie tonsurante maculeuse, rencontré dans les lésions du pityriasis rosé de parasite, cryptogamique ou bactérien, auquel on puisse attribuer une valeur pathogène.

D'autre part, l'absence de récidive, la généralisation et la systématisation de la dermatose la rapprochent des fièvres éruptives, quoique sa contagiosité ne soit pas démontrée. Aussi est-on arrivé à la considérer avec Bazin comme un pseudo-exanthème, jusqu'à ce que son étiologie soit mieux déterminée.

Traitement. — Le pityriasis rosé est une affection trop légère, trop superficielle, à marche cyclique trop évidente pour qu'on soit amené à lui opposer une thérapeutique énergique.

Un régime diététique d'où on exclura toutes les substances susceptibles de provoquer la congestion cutanée, quelques laxatifs au besoin et le traitement de la dilatation de l'estomac si elle existe, résument toute sa thérapeutique interne.

Le *traitement local* peut et doit être également très

simple. Les applications de poudres inertes, de vaseline simple ou boriquée, ou mieux de pommade à l'oxyde de zinc additionnée de 1 0/0 d'acide salicylique, ou de résorcine, les bains additionnés de 25 à 50 grammes de borate de soude (Besnier) ou simplement les bains amidonnés en feront les frais dans la grande majorité des cas.

Lorsqu'il existe du prurit, ce qui est rare, on aura recours aux pommades additionnés de 1 0/0 d'acide phénique ou de menthol, au glycérolé d'amidon additionné de 1/40 d'acide tartrique, etc.

Si l'affection persiste au delà de quelques semaines, on pourra tenter de la faire disparaître plus rapidement au moyen de pommades contenant 2 à 5 0/0 de naphthol ou 2 à 5 0/0 de soufre précipité.

Mais jamais on ne cherchera par des applications irritantes (pommades soufrées fortes, savon noir, préparations mercurielles ou autres) à venir à bout des efflorescences cutanées. Ces substances ont rarement un effet utile sur le pityriasis rosé; elles ont surtout le grave inconvénient, pour peu que la peau soit irritable, de substituer à une affection passagère, à peine gênante, une dermite souvent intense, qui peut être l'origine de lésions eczémateuses longtemps persistantes. Lorsque celles-ci auront été produites par une intervention intempestive, les bains d'amidon, les pommades à l'oxyde de zinc devront être employés pour les calmer et rendre à la maladie son aspect et sa bénignité primitifs.

Pityriasis rubra.

Exposé clinique et étiologique. — On désigne actuellément sous le nom de pityriasis rubra des

affections encore fort mal connues, caractérisées par une inflammation intense et généralisée du tégument avec rougeur et exfoliation épidermique plus ou moins considérable.

A cette dénomination générique, qui semble désigner une espèce particulière comme les termes botaniques composés d'un substantif et d'un adjectif, nous préférerions celle d'érythrodermies exfoliantes, proposée par M. Besnier, si elle n'avait une acception plus générale encore et ne comprenait des érythrodermies appartenant à des genres dermatologiques très différents. Nous conserverons donc ici le nom de pityriasis rubra dans le sens où il est usité par les auteurs contemporains.

Le groupe pityriasis rubra comprend des types cliniques sur les relations et les limites desquels les dermatologistes sont loin d'être fixés.

A côté des lésions généralisées des téguments consécutives à des dermatoses anciennes et graves (herpétides exfoliatrices malignes de Bazin), on y range des affections primitives à marche subaiguë ou chronique, connues sous le nom d'érythèmes scarlatiniformes desquamatifs, la dermatite exfoliatrice généralisée d'E. Wilson, la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, et l'affection à laquelle Hebra avait réservé le nom de pityriasis rubra.

Nous ne pouvons entrer ici dans la description même sommaire de ces divers types cliniques, pour laquelle nous renverrons le lecteur au remarquable mémoire de M. Brocq (1) et aux discussions du Congrès international de dermatologie de 1889.

Nous indiquerons seulement ici les caractères

(1) *Archives générales de médecine*, 1884.

cliniques généraux des affections rentrant dans ce groupe.

Débutant tantôt rapidement sous la forme d'un érythème scarlatiniforme généralisé, tantôt lentement par une rougeur localisée en certaines régions d'où elle s'étend à la presque totalité du tégument, ces affections se caractérisent à leur période d'état par une rougeur généralement intense, diffuse, souvent accompagnée d'infiltration et de tuméfaction de la peau et par une desquamation presque toujours considérable. Cette desquamation peut se faire sous forme d'écailles minces de petites dimensions; plus souvent elle se fait en écailles larges, adhérentes par leur base, parfois imbriquées les unes sur les autres. Dans les formes graves et prolongées, les ongles et les poils tombent à la suite des lésions épidermiques.

La marche de ces affections est très variable : tantôt elles sont aiguës, évoluent dans l'espace de quelques semaines et aboutissent à la guérison; tantôt elles ont une évolution chronique, persistent pendant plusieurs mois et se terminent par la guérison ou par la mort; celle-ci résulte de complications cardiaques, pulmonaires, intestinales ou cérébrales, plus rarement rénales, ou de la cachexie produite par les troubles des fonctions cutanées et l'abondance des pertes épidermiques.

Les causes de ces affections sont aussi inconnues que leur nature.

Traitement. — Le traitement des affections englobées sous le nom de pityriasis rubra ne reposant sur aucune donnée pathogénique ne peut être que symptomatique.

On devra, comme dans le pemphigus, soutenir le mieux possible les forces du malade par les toniques

généraux et par une alimentation aussi abondante que le permettra l'état des voies digestives, alimentation dans laquelle le régime lacté tiendra une large place; on évitera tous les aliments susceptibles de déterminer des congestions cutanées. On traitera par des moyens appropriés les complications viscérales et on surveillera d'une façon particulière les troubles, intestinaux qu'on combattra par les antiseptiques et par les laxatifs, en ayant soin de ne pas provoquer de diarrhée.

L'ergotine, les préparations de quinine, de belladone pourront être essayées, dans le but de modérer les lésions cutanées; le prurit, qui les accompagne fréquemment, pourra être calmé par l'emploi de l'acide phénique à l'intérieur, plus rarement par l'antipyrine et les bromures, dont on devra toujours surveiller les effets sur la peau, l'insomnie par le chloral et les opiacés, dont on devra subordonner l'emploi à l'intégrité des fonctions rénales, et surtout par l'éther et l'eau de laurier-cerise.

L'arsenic, les alcalins, etc., ont été employés bien souvent sans succès, mais doivent encore être mis à l'essai.

Le *traitement local* de ces affections n'est pas moins embarrassant. Il demande surtout une surveillance très attentive, en raison des réactions cutanées très variables suivant les sujets et suivant les périodes de ces affections, variables même suivant les régions chez un même sujet et à une même époque. Le médecin devra donc savoir varier les applications locales suivant leurs effets et suivant l'aspect des lésions dans chaque région du tégument.

Dans les formes légères, les applications de poudre

d'amidon, ou mieux de talc ou d'oxyde de zinc, précédées ou non d'onctions avec du glycérolé d'amidon additionné d'acide tartrique ou d'acide phénique, ou mieux avec l'axonge fraîche ou la vaseline boriquée, seront suffisantes dans la plupart des cas.

Dans les formes graves, les enveloppements avec des compresses imbibées de liniment oléo-calcaire pur ou additionné de 1 0/0 de bicarbonate de soude ou d'acide phénique, réussissent souvent; d'autres fois, les onctions de vaseline boriquée, d'axonge benzoïnée, plus rarement de glycérolé d'amidon pur ou additionné d'acide tartrique, ou les pommades de zinc faibles à base de vaseline ou de cold-cream sont mieux supportées; parfois les enveloppements humides avec une solution faible de sublimé, de phénosalyl, de résorcine ou d'ichthyol, avec une décoction de camomille ou de fleurs de sureau ou simplement avec de l'eau bouillie soulagent davantage les malades. Chez certains, les applications de poudres inertes sont seules tolérées. Aucune règle générale ne peut être formulée à ce sujet : le seul fait à retenir est que les surfaces malades doivent être constamment recouvertes du topique qui leur convient et maintenues en état de propreté parfaite au moyen de lavages répétés avec des solutions antiseptiques faibles, lorsqu'elles sont supportées, ou d'onctions grasses soigneusement faites. C'est dire combien le traitement de ces malades est laborieux, non seulement pour le médecin appelé à le diriger, mais encore pour les aides qui l'exécutent.

Lorsque la maladie est en voie d'amélioration, le tégument doit encore être surveillé de très près; les applications grasses, les pommades à l'oxyde de zinc légèrement salicylées rendent alors de grands

services et leur emploi doit être prolongé pendant plusieurs semaines après la guérison apparente.

Les bains courts sont parfois utiles pour nettoyer le tégument et aider à la chute des squames; ils pourront être additionnés de son, de feuilles d'oranger ou de tilleul pour diminuer le prurit et calmer le système nerveux, et doivent être suivis de l'assèchement convenable de la peau. Leur emploi sera toujours subordonné à l'observation de leurs effets, car ils sont parfois une cause d'exacerbation des lésions cutanées.

Les bains prolongés ou mieux continus ont été employés avec succès en Allemagne dans ces affections, comme dans les autres dermatoses généralisées; nous manquons en France d'expérience à leur sujet.

Pityriasis rubra pilaire.

Exposé clinique et étiologique. — Le pityriasis rubra pilaire, décrit par Devergie et bien connu depuis les beaux travaux de M. Besnier (1), auxquels nous renvoyons pour plus de détails, a été confondu longtemps par les auteurs allemands avec le lichen ruber; il est caractérisé par le développement de saillies coniques et dures à la base des poils, saillies accompagnées de rougeur et de desquamation des parties adjacentes.

Les lésions les plus caractéristiques occupent la portion pilaire de la face dorsale des doigts; sur les autres parties du tégument, les cônes pilaires sont souvent moins nets et la maladie se traduit surtout

(1) *Annales de Dermatologie*, 1889.

par des plaques rouges recouvertes de squames plus ou moins épaisses, psoriasiformes ou pityriasiques.

Le pityriasis rubra pilaire est une affection à marche très irrégulière, avec des périodes de guérison entrecoupées de récidives d'intensité variable.

Les causes de cette affection sont encore indéterminées.

Traitement. — Son traitement est identique à celui du psoriasis; nous renvoyons donc au chapitre suivant. Ajoutons seulement que la généralisation habituelle des lésions du pityriasis rubra pilaire oblige à n'employer qu'avec les plus grandes précautions les agents actifs de la médication antipsoriasique, en particulier l'acide chrysophanique. Les téguments étant généralement moins irritables que dans le psoriasis, les préparations pyrogalliques fortes sont mieux supportées; elles ne doivent cependant être appliquées qu'avec précautions, en raison de leur toxicité et de l'étendue des lésions. Chez quelques malades, les onctions grasses aidées des bains suffisent à amener rapidement la disparition temporaire des lésions cutanées.

PSORIASIS

Exposé clinique et étiologique. — Le psoriasis est une affection appartenant en propre au tégument externe, caractérisée par la production de squames blanches, généralement brillantes, reposant sur une base rouge; cette base saigne facilement lorsqu'on a fait tomber par le grattage les squames et la mince couche épidermique d'apparence vernissée qui la recouvrent.

Les éléments psoriasiques sont d'étendue et de configuration variables, tantôt de petites dimensions (psoriasis ponctué ou en gouttes), tantôt larges, arrondis, formant un placard uniforme plus ou moins étendu ou une couronne squameuse plus ou moins large. Les lésions peuvent, par réunion des taches primitives, couvrir de larges surfaces d'un membre ou du tronc ; elles peuvent encore s'étaler en nappes étendues au niveau desquelles la rougeur prédomine sur les squames (psoriasis diffus, psoriasis érythémateux).

Le siège primitif des lésions psoriasiques est surtout le sommet et le voisinage du sommet des articulations des coudes et des genoux et la région fessière ; elles peuvent cependant débuter par d'autres régions, et elles tendent à envahir les divers segments du tégument externe, y compris le cuir chevelu, où elles sont souvent très développées et représentées par des amas de squames à contours circinés.

Le psoriasis s'accompagne fréquemment d'arthralgies et d'arthropathies ressemblant à celles du rhumatisme chronique, parfois très étendues et très persistantes.

Le psoriasis est essentiellement une maladie à marche chronique, à récidives irrégulièrement espacées pendant presque toute l'existence du malade ; il débute souvent dans l'enfance, assez fréquemment encore à l'âge adulte.

Les récidives ultérieures peuvent être plus intenses ou plus légères que la première atteinte ; dans la vieillesse, les poussées sont généralement moins graves qu'à un âge moins avancé.

Les causes du psoriasis sont loin d'être déterminées.

Son origine diathésique, admise par Bazin et aujourd'hui encore par beaucoup de médecins, ne peut être considérée comme démontrée : si on observe fréquemment le psoriasis chez des sujets présentant plus ou moins nettement les attributs de l'arthritisme, il en est d'autres dont les antécédents héréditaires et les dispositions pathologiques n'ont rien à faire avec cette diathèse ; à côté des psoriasiques gras, qui ont fait considérer le psoriasis comme un *morbus fortiorum*, il en est qui sont maigres, malingres, à antécédents lymphatiques, à prédisposition tuberculeuse sinon en état de tuberculose.

L'hypothèse d'une anomalie épidermique, d'origine congénitale plus ou moins voisine de l'ichthyose, explique bien l'hérédité assez fréquente du psoriasis, son début dans le jeune âge ou dans l'adolescence, mais ne rend pas compte de ses manifestations articulaires.

Deux théories sont aujourd'hui en faveur ; mais ni l'une ni l'autre ne peut être considérée comme définitivement établie.

L'une fait du psoriasis une dermatose d'origine nerveuse : elle se base sur la coïncidence fréquente de troubles nerveux (névralgies, migraines, troubles psychiques divers, etc.), sur l'analogie des arthropathies psoriasiques avec les arthropathies d'origine nerveuse, sur la symétrie des lésions cutanées, leur disposition rappelant dans quelques cas la distribution des nerfs cutanés.

L'autre en fait une dermatose parasitaire ; elle repose sur quelques cas plus ou moins probants de contagion de la maladie, quelques expériences très discutables d'inoculation des lésions psoriasiques,

..

la constatation encore plus discutable d'un parasite dans les squames.

Pour Crocker, les troubles de la nutrition de la peau sous l'influence d'une altération nerveuse faciliteraient la germination d'un parasite encore inconnu.

L'hypothèse d'une relation entre le psoriasis et la syphilis n'a aucun fondement : la confusion, que font encore quelques auteurs, vient du nom défectueux de psoriasis syphilitique, attribué à des lésions cutanées qui n'ont avec le psoriasis d'autre rapport qu'une resssemblance morphologique et doivent recevoir la qualification de syphilides psoriasiformes.

Traitement. — Il n'y a donc pas à chercher dans l'étude pathogénique du psoriasis les éléments d'une thérapeutique rationnelle, applicable à tous les cas de cette affection.

L'arsenic, sous des formes très diverses, a eu pendant longtemps la réputation de guérir le psoriasis, et à l'heure actuelle encore il est très fréquemment prescrit contre cette affection, trop fréquemment même : car la confiance dans ses vertus curatives empêche de recourir à des agents véritablement actifs.

Kaposi, qui le vante particulièrement, reconnaît qu'il est des cas où il échoue complètement, même chez des sujets chez lesquels il avait paru réussir lors d'attaques antérieures de psoriasis.

Vidal n'en a guère obtenu d'effets qu'à doses élevées et longtemps prolongées et au prix d'une intoxication caractérisée par des troubles digestifs graves, etc. (L. Brocq). M. Besnier, qui a mis à plusieurs reprises en expérimentation le traitement du psoriasis par les seules préparations arsenicales,

notamment à l'époque où j'avais l'honneur d'être son interne, déclare que l'arsenic ne guérit jamais le psoriasis; il a vu, chez un malade soumis pendant deux années consécutives à la médication arsenicale à doses variables suivant l'état des voies digestives, se produire une cachexie arsenicale avec amaigrissement excessif, sans que le psoriasis disparaisse, sans que les exacerbations cessent de se montrer.

M. Brocq considère l'arsenic comme nuisible dans certains psoriasis suraigus, et surtout dans les psoriasis très enflammés; il pourrait seulement être utile dans les formes torpides, et lorsque les poussées sont en voie de décroissance.

On ne peut donc faire de l'arsenic un spécifique du psoriasis. Il ne faudrait pas en conclure que l'arsenic ne puisse jamais rendre de services aux psoriasiques. En effet, s'il est nombre de psoriasiques vigoureux, présentant tous les attributs de l'arthritisme, chez lesquels les alcalins (bicarbonate de soude, lithine, etc.) trouvent une indication trop souvent méconnue, il en est d'autres chez lesquels la nutrition a besoin d'être relevée, et chez lesquels l'arsenic sous la forme de liqueur de Fowler à doses modérées (5 à 12 gouttes par jour, en une ou deux fois au commencement des repas), de solution d'arséniate de soude (une à trois cuillerées à café par jour d'une solution renfermant 5 centigrammes d'arséniate de soude pour 150 grammes d'eau), d'eau de la Bourboule (2 à 6 cuillerées à bouche au commencement d'un des repas) sera de la plus grande utilité; souvent, en pareil cas, surtout chez les sujets jeunes, les préparations d'iodure de fer seront avec avantage associées ou alternées avec celles d'arsenic; mais c'est dans l'état général du malade

et non dans la nature de sa dermatose qu'on trouvera les indications de ce traitement.

Le mercure vanté par divers auteurs anglais et récemment encore par Mapother (1), semble sans action sur le psoriasis : la confusion commise entre les syphilides psoriasiformes et le psoriasis a contribué à faire prescrire le mercure dans cette dernière affection.

L'iodure de potassium est pour quelques auteurs étrangers l'agent le plus actif de la médication interne antipsoriasique. C. Boeck (de Christiania), Haslund (de Copenhague), Gutteling l'ont administré dans cette affection à des doses progressivement croissantes (de 5 à 20, 30 et même 50 et 57 grammes par jour) qui semblent effrayantes. Ces doses élevées ne peuvent être administrées indifféremment à tous les malades ; dans tous les cas où nous avons essayé un traitement iodo-potassique intensif, nous avons dû nous arrêter à 12 ou 16 grammes, les troubles digestifs et l'amaigrissement commençant à nous inspirer quelques craintes. M. Brocq a pu donner pendant 20 jours des doses variant de 4 à 24 grammes, mais a été obligé d'interrompre le médicament, un œdème de la glotte étant survenu et la dermatose n'ayant subi aucune modification. Nous avons eu l'occasion d'observer un malade, atteint de psoriasis avec arthropathies, auquel M. Besnier a administré l'iodure de potassium à doses progressivement croissantes jusqu'à 22 grammes par jour; sous l'influence de ce traitement prolongé pendant près de trois semaines, les lésions cutanées avaient

(1) *British Medical Association :* Congrès de Birmingham, 1890.

disparu en même temps que les arthropathies s'étaient amendées considérablement; des récidives se sont montrées à plusieurs reprises depuis lors, et ont été amendées par le traitement iodopotassique poussé jusqu'à la dose de 12 grammes.

L'iodure de potassium peut donner des résultats favorables dans le psoriasis, à condition que le malade puisse supporter des doses élevées sans troubles digestifs ou urinaires; mais un pareil traitement, assez dispendieux vu la nécessité de n'employer qu'un sel absolument pur, exige, outre des conditions de tolérance pour le médicament que tous les sujets ne possèdent pas, une surveillance très assidue de la part du médecin, qui devra suspendre la médication dès que surviennent des accidents un peu prononcés d'iodisme.

Il semble que les formes arthropathiques du psoriasis soient particulièrement justiciables du traitement ioduré.

Nombre d'autres substances ont été préconisées contre le psoriasis : l'acide phénique (Kaposi), le goudron, le copahu (Hardy Mac Call Anderson, etc.), l'essence de térébenthine (R. Crocker), l'huile phosphorée, la chrysarobine, le carbonate d'ammoniaque (Mac Call Anderson). Il suffit de citer ces agents, dont les effets favorables sont exceptionnels, et dont quelques-uns sont susceptibles de provoquer des accidents toxiques.

Nous mentionnerons cependant encore une substance tout récemment employée en Angleterre, et qu'on s'étonne à première vue de trouver dans la thérapeutique du psoriasis, le corps thyroïde. Chez les sujets atteints de myxœdème que l'on soumet à la médication thyroïdienne, on voit la peau devenir

le siège d'une exfoliation épidermique plus ou moins accusée : tel est le fait qui a conduit Byrom Bramwell (1) à employer l'extrait de corps thyroïde dans les affections squameuses et en particulier dans le psoriasis ; il a vu chez plusieurs malades l'affection disparaître complètement dans l'espace de deux à trois mois ; Arthur Davies (2), dans deux cas, a obtenu également des résultats très satisfaisants. Ces recherches demandent à être reprises avec plus de rigueur qu'on ne l'a fait jusqu'ici ; actuellement nous ne saurions recommander cette médication qui, d'ailleurs ne peut être instituée que sous la condition d'une surveillance attentive, l'ingestion du corps thyroïde pouvant déterminer des accidents sérieux.

Pour résumer ce qui a trait au traitement interne du psoriasis, on peut, actuellement, dire que, sauf peut-être l'iodure de potassium administré à hautes doses et dans certaines formes de psoriasis, il n'est aucun médicament qui jouisse de vertus curatives dans cette dermatose, aucun qui doive être prescrit à tous les psoriasiques. Mais, en raison de leur état général, de leurs dispositions diathésiques, les psoriasiques doivent parfois être soumis à un traitement général, qui variera suivant les cas, dont les alcalins tantôt, et tantôt les arsenicaux et les ferrugineux feront les frais ; si le sujet atteint de psoriasis présente quelque manifestation d'ordre névropathique, les bromures, les préparations de valériane, parfois les douches, seront indiqués, et cela d'autant mieux que la dermatose est peut-être sous la

(1) *British medical Association :* Congrès de Newcastle on Tyne, août 1893.
(2) *Ibidem.*

dépendance d'une altération du système nerveux.

Ces traitements seront employés et continués après disparition de l'éruption, avec l'espoir, théoriquement admissible, qu'ils serviront à éloigner les poussées psoriasiques ; mais jamais on ne devra promettre au malade qu'il ne sera pas repris — voire même à bref délai — des poussées éruptives auxquelles il est habitué.

Il faut ajouter que l'hygiène et le régime alimentaire des psoriasiques ne doivent pas être négligés et abandonnés au caprice des malades : les excitants, café, tabac; thé, aliments épicés, viandes de conserve, etc., devront être proscrits tant pendant les poussées éruptives que dans leurs intervalles, où ces substances pourraient les provoquer ; l'usage des boissons alcooliques devra être modéré, des excès de boissons étant souvent la cause efficiente des exacerbations de la maladie.

Le *traitement externe* est, par excellence, le traitement du psoriasis. C'est à lui qu'on doit toujours s'adresser pour obtenir la disparition des lésions cutanées, et, malgré une croyance très répandue parmi les gens du monde, voire même parmi les médecins, il n'y a *jamais* à craindre de voir disparaître ces lésions, la guérison du psoriasis n'étant en aucune circonstance suivie de répercussions viscérales.

Ce traitement externe a pour but de faire tomber les squames qui recouvrent les surfaces atteintes de psoriasis et de modifier l'état inflammatoire des téguments.

Les bains, simples ou alcalins, de courte durée (1/2 heure environ) remplissent en grande partie la remière indication et doivent être associés à tous

les autres modes de traitement. Ils doivent être prescrits au début du traitement, répétés pendant sa durée à intervalles variables, le plus souvent une ou deux fois par semaine, pour nettoyer la peau et la débarrasser des restes des divers topiques employés.

Le décapage des surfaces est facilité par des frictions au savon ordinaire, au savon de naphthol, ou mieux encore, si la peau n'est pas trop irritable, au savon noir faites pendant la durée du bain, soit au moyen de la main, soit, lorsque les squames sont épaisses, avec une brosse à ongles un peu rude.

Lorsque les squames sont très épaisses, on pourra encore faciliter leur chute au moyen de frictions avec la pierre ponce ou avec du savon mélangé à son poids de pierre ponce pulvérisée.

Les bains d'eaux minérales naturelles sont également employés contre le psoriasis, non plus seulement pour macérer l'épiderme et décaper les surfaces malades, mais encore et surtout pour obtenir un effet topique ou général des substances qui entrent dans leur composition : il en est ainsi pour les eaux arsenicales de la Bourboule, pour les eaux sulfureuses de Luchon, de Cauterets, de Saint-Gervais, d'Uriage, d'Aix-la-Chapelle, qui peuvent être prescrites avec avantage, et suivant les indications fournies par l'état général et constitutionnel du malade.

Les bains de sublimé constituent une médication active du psoriasis, très efficace dans certains cas, mais susceptible d'échouer dans d'autres cas ; elle a surtout l'inconvénient d'exposer aux accidents d'intoxication mercurielle.

Dans certaines formes inflammatoires et généra-

lisées, les bains peuvent être employés non plus pour macérer l'épiderme et en permettre l'exfoliation, mais pour calmer l'inflammation ; ils sont alors prolongés au delà des limites habituelles et continués pendant 3, 4, 5, 6 heures et suivis soit d'enveloppements avec des compresses humides, soit d'onctions avec des substances grasses.

La macération épidermique peut être obtenue par d'autres moyens que la balnéation. L'enveloppement avec la toile de caoutchouc fine, sous laquelle on applique des compresses de tarlatane trempées dans de l'eau simple ou de l'eau de camomille, peut remplir ce but. Au cuir chevelu, l'application d'un bonnet de caoutchouc suivie de lavages au savon noir est certainement le procédé le plus pratique pour faire tomber les squames parfois épaisses qui le recouvrent. Les emplâtres n'agissent souvent aussi que par macération épidermique et, lorsqu'on est en présence de placards épidermiques limités et recouverts de squames épaisses, on peut employer pour les décaper soit l'emplâtre de Vigo, soit l'emplâtre rouge de Vidal.

Les corps gras, sans addition de principes médicamenteux actifs, rendent souvent de grands services aux psoriasiques. Tout d'abord il est des psoriasis irrités, avec rougeur intense et étendue, qui ne peuvent supporter d'autres applications que celles d'axonge fraîche ou de liniment oléo-calcaire, parfois de vaseline simple ou légèrement boriquée ; il est nécessaire de tâter le terrain, afin de déterminer la ou les substances convenant à chaque malade, la tolérance du tégument pour ces corps gras variant d'un sujet à l'autre.

C'est encore aux corps gras simples que, en cours

de traitement, on devra avoir recours lorsque les topiques employés auront provoqué une irritation trop vive du tégument.

Il faut d'ailleurs remarquer que l'application d'un corps gras en apparence inerte provoque souvent une amélioration très notable des lésions psoriasiques : les squames deviennent moins épaisses et moins adhérentes, la rougeur est moins vive et, comme le fait observer M. Besnier, bien des vieux psoriasiques ne viennent souvent réclamer à l'hôpital qu'un lit et un peu d'axonge. Nombre de pommades renfermant des substances diverses agissent peut-être tout autant par l'excipient que par le médicament qu'on y incorpore.

Ces applications seront cependant, dans la grande majorité des cas, insuffisantes à provoquer autre chose qu'une atténuation dans l'état squameux; un traitement plus actif est donc le plus habituellement nécessaire.

Le topique le plus fréquemment employé contre le psoriasis, du moins en France, est l'huile de cade. On la prescrit parfois pure, mais le plus habituellement sous la forme de glycérolé, renfermant une proportion d'huile de cade (5 à 50 0/0) inversement proportionnelle à l'irritabilité du tégument et en commençant avec des doses faibles, qu'on peut augmenter ultérieurement à mesure que la guérison avance.

Elle peut être employée, après un traitement par d'autres agents, pour terminer la guérison.

Les applications de la pommade sont faites chaque soir, et le malade revêt pour la nuit un vêtement de flanelle.

Les emplâtres à l'huile de cade (10 0/0) peuvent

également être employés, mais ce sont des préparations très chères, dont les avantages sont un peu discutables.

L'huile de cade est certainement un excellent médicament antipsoriasique, elle peut être employée sur toute la surface du tégument, elle est peu irritante, ne produit pas de phénomènes d'intoxication.

L'acné cadique, qui succède assez fréquemment à son emploi et qui en nécessite la suspension passagère, ne saurait être considérée comme une complication importante. Mais son inconvénient capital, celui qui s'oppose à son emploi chez un grand nombre de psoriasiques, est son odeur pénétrante, persistante et désagréable. L'addition d'essences odorantes telles que l'essence de girofle, proposée par Vidal, dissimule très insuffisamment ou, pour mieux dire, ne dissimule pas cette odeur que nombre de malades, astreints à une vie active, ne peuvent consentir à répandre autour d'eux, pendant les quatre à six semaines que demande généralement le traitement.

Les divers goudrons que l'on a proposés pour remplacer l'huile de cade (huile de bouleau blanc, huile de hêtre, etc.), le baume du Pérou, sont moins efficaces que l'huile de cade et d'un prix plus élevé, mais peuvent cependant parfois la remplacer avantageusement.

L'agent qui mérite la plus grande confiance et que, pour notre part, nous plaçons au premier rang toutes les fois qu'il est possible de l'employer, est l'acide chrysophanique. Il peut être employé sous forme de pommade de 5 à 15 0/0 ou de traumaticine (voir T. II, p. 226).

En raison des lésions inflammatoires qu'il peut

provoquer par son contact avec certaines muqueuses, il ne doit être employé qu'avec précaution chez les malades qui peuvent être surveillés de près par le médecin, et on ne doit jamais en faire usage simultanément sur une grande étendue du tégument ni sur la face. Mais dans les psoriasis peu étendus, ou lorsqu'on a soin de limiter son emploi à une fraction seulement des lésions psoriasiques, aucun médicament ne peut lui être comparé au point de vue de la rapidité de l'action curative.

L'acide pyrogallique est également très employé, soit sous forme de pommades à 5 ou 10, plus rarement 15 0/0, soit de traumaticine (voir T. II, p. 312); mais ce dernier mode d'emploi est très irritant, souvent douloureux, et nécessite une surveillance très active. L'acide pyrogallique a, comme l'acide chrysophanique, l'inconvénient de salir et d'altérer le linge, il noircit la peau et les poils, et provoque parfois des accidents d'intoxication graves, sans compter l'irritation vive des téguments. Aussi ne doit-on jamais l'employer simultanément sur la totalité des téguments, et doit-on toujours surveiller les urines. Cet agent est certainement très efficace, mais moins actif que l'acide chrysophanique, sur lequel il a cependant l'avantage d'être d'un prix moins élevé.

Le naphthol a été préconisé par Kaposi. On peut l'employer sous forme de pommade à 10 0/0; il a l'avantage de ne pas irriter les téguments, de ne pas les colorer, de ne pas altérer les linges. Il peut aider à terminer une guérison commencée par les agents précédents dans les cas où, pour une raison quelconque, on a dû en suspendre l'emploi; mais son action est très lente.

L'acide salicylique peut, comme l'ont conseillé

M. Besnier et M. Brocq, être associé avec avantage aux agents précédents, dont il favorise l'action, mais ne saurait suffire à lui seul.

Lorsque l'affection ne se traduit que par des plaques peu étendues et des squames peu épaisses, chez des jeunes sujets particulièrement, des badigeonnages de teinture d'iode répétés pendant plusieurs jours suffisent parfois à amener la chute des squames et la disparition de la rougeur.

De nombreux autres topiques ont été préconisés contre cette dermatose : l'acide thymique en pommade de 1 à 6 0/0 (R. Crocker), le sulfure de zinc à 10 0/0 (Barduzzi), l'ichthyol à 10 0/0, l'anthrarobine (G. Behrend) en pommade de 10 à 20 0/0 ou en solution alcoolique à 20 0/0, le calomel en pommade à 3 0/0, l'aristol (Eichhoff) en pommade à 5 ou 10 0/0, qui a eu un moment de vogue, mais qui n'a pas donné les effets qu'on en espérait (Brocq, Schirren, Raff, Neisser), le chlorhydrate d'hydroxylamine (Fabry), qui donne lieu à des poussées eczématiformes très intenses et à des phénomènes d'intoxication graves, de sorte que son emploi a été rapidement abandonné; l'hydracétine (Œstreicher), qui, en pommade à 10 ou 20 0/0, ne provoque ni rougeur ni inflammation de la peau, mais est extrêmement toxique, etc., etc. Ces diverses substances ont été peu employées en France.

Les collodions médicamenteux, vantés par quelques auteurs, paraissent peu recommandables ; la quantité de substance active mise en contact avec la peau est parfois trop faible, plus souvent trop forte parce qu'elle est laissée longtemps en contact avec le même point du tégument et maintenue par un enduit imperméable : ils provoquent souvent une vive irritation.

Quant aux emplâtres à base d'acide pyrogallique, chrysophanique, etc., il ne nous semble pas qu'ils puissent être employés autrement que d'une manière tout exceptionnelle et sur des lésions peu étendues, en raison de leur prix élevé et de l'irritation qu'ils provoquent très fréquemment.

Il est à peine besoin de faire remarquer que, pour le psoriasis pas plus que pour les autres dermatoses, on ne doit pas s'obstiner à vouloir traiter de manière identique toutes les lésions que l'on rencontre chez un même malade. Ainsi, tandis que les parties glabres peuvent admettre tous les topiques précédents, on ne doit jamais appliquer sur cuir chevelu et la face de préparations chrysophaniques et pyrogalliques. En outre, il y a souvent avantage à attaquer successivement divers segments du tégument par un traitement actif, alors que les autres segments sont soumis seulement à l'emploi de topiques peu énergiques; de la sorte, on mène le traitement plus rapidement que si on se contentait d'employer les substances qui peuvent être appliquées simultanément sur la totalité du tégument.

Par l'emploi des divers topiques, on parvient toujours, en un temps variable, à faire disparaître une éruption de psoriasis : on blanchit la peau, mais on ne guérit pas le psoriasis, qui récidive à intervalle plus ou moins long et sans l'on puisse accorder à l'un ou à l'autre de ces topiques la propriété de retarder la poussée suivante.

KÉRATOSES

Nous étudierons ici les kératodermies, les parakératoses de Unna, la porokératose et l'angiokératome;

la xérodermie pilaire ou kératose pilaire a été étudiée avec les difformités cutanées. (Voir T. I, p. 33).

Kératodermies symétriques des extrémités.

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom de kératodermies à des affections caractérisées par l'épaississement de l'épiderme occupant presque exclusivement les régions plantaires et palmaires.

En dehors des kératodermies qui accompagnent le pityriasis rubra pilaire, la dermatite herpétiforme, de celles qui constituent les formes cornées de l'eczéma palmaire et des kératodermies consécutives à l'usage prolongé des préparations arsenicales, enfin de celles qui se développent sous l'influence de pressions inusitées, on connaît trois formes de kératodermies essentielles (Besnier) : l'une congénitale et héréditaire, l'autre se développant dans la deuxième enfance, érythémateuse, peut-être en rapport avec quelque névrose centrale ; la troisième, se développant en foyers isolés et multiples et qui est probablement aussi une trophoneurose d'origine centrale.

Les trois formes de kératodermies sont constituées par des nappes d'épiderme épais, de coloration jaunâtre, bordées d'une zone érythémateuse, et s'accompagnent d'hyperhidrose. Elles sont remarquables par leur ténacité, leur résistance au traitement et la facilité avec laquelle les lésions se reproduisent.

Traitement. — Sauf dans la kératodermie congénitale et héréditaire, qui n'est justiciable d'aucun traitement interne, on devra essayer, dans les kératodermies essentielles, vu leur origine nerveuse probable, les médicaments nervins : bromures,

valériane, belladone, les révulsifs le long du rachis, les courants continus et les douches. L'arsenic, préconisé par quelques auteurs, ne doit être employé qu'avec beaucoup de circonspection, puisqu'il est capable par lui-même de provoquer des lésions analogues.

Dans les diverses kératodermies — et ceci s'applique aussi bien à celles qui accompagnent les grandes dermatoses et à la kératodermie d'origine arsenicale qu'aux formes essentielles — le traitement local consiste dans l'emploi des cataplasmes, des enveloppements humides pour ramollir l'épiderme et permettre de le détacher par le grattage; les applications de savon noir peuvent être utilisées dans ce but si les téguments ne sont pas irritables. L'emplâtre salicylé à 2 ou à 5 0/0, l'emplâtre adhésif simple ou boriqué, l'emplâtre rouge de Vidal, les pommades salicylées à 3 ou 5 et même 10 0/0, résorcinées à 5 ou 10 0/0, pyrogalliques aux mêmes doses, peuvent encore servir à faciliter la chute de l'épiderme ; dans les formes légères, on peut se contenter de faire ces applications pendant la nuit, et le jour faire frictionner et saupoudrer les parties malades avec de la poudre de talc ou d'amidon renfermant 2 à 5 0/0 d'acide salicylique. L'emploi de cette poudre sera continué après la chute des productions épidermiques, afin d'empêcher leur réapparition.

Parakératoses.

Unna, reprenant une dénomination proposée par Auspitz pour désigner certaines anomalies de la fonction cornée, a donné le nom de parakératoses à toute une série de dermatoses caractérisées par des

lésions inflammatoires sans suintement (catarrhes infectieux secs de la peau), telles que le psoriasis, les pityriasis, etc.

Dans ce groupe, il a rangé deux dermatoses rares et non décrites avant lui, qu'il a appelées parakeratosis variegata et parakeratosis scutularis.

La *parakeratosis variegata* est constituée par des placards rouges, bien délimités, de dimensions variées, à peine saillants ou élevés et infiltrés, avec de fines squames blanchâtres qui se détachent assez facilement et forment comme des vergetures sur la peau saine.

La *parakeratosis scutularis* est caractérisée par la production de plaques jaune rougeâtre ou rouge vif, recouvertes de squames épaisses d'un blanc jaunâtre ou d'apparence crayeuse et, sur les points où les lésions sont peu étendues, de saillies cornées correspondant aux follicules pilaires et très analogues aux cônes du pityriasis rubra pilaire.

Le **traitement** de ces deux affections, dont la nature est encore indéterminée, est très analogue à celui du psoriasis et consiste surtout dans l'emploi des préparations d'acide pyrogallique.

Porokératose.

Cette affection, décrite par Mibelli et par Respighi, et qui se confond peut-être avec certaines formes de lichen annulaire, est également très rare. Elle est constituée par des taches saillantes ou aplaties, de dimensions variées, de forme irrégulière, limitées par une collerette ou une sorte de digue sinueuse, continue, au sommet de laquelle se trouve une mince lame cornée linéaire. Ces lésions occu-

pent surtout la face dorsale des mains et des pieds, le côté de l'extension des avant-bras et des jambes, ont une marche très lente et s'étendent excentriquement ; débutant dans la première ou la deuxième enfance, elles tendent à disparaître spontanément et complètement avec une grande lenteur.

L'étiologie de cette affection est complètement inconnue : on sait seulement qu'elle n'est pas héréditaire, quoiqu'elle atteigne souvent plusieurs membres d'une même famille. Le siège des lésions au niveau des conduits des glandes sudoripares lui a valu son nom (πόρος, canal).

Le **traitement** paraît consister dans l'emploi des préparations pyrogalliques et salicylées fortes.

Angiokératome.

Exposé clinique et étiologique. — On donne avec Mibelli le nom d'angiokératome à une affection caractérisée par le développement, sur les doigts et les mains, de petites tumeurs généralement très nombreuses, du volume d'un grain de millet environ, planes ou ayant l'aspect verruqueux, dont la coloration rouge ou violacée disparaît par la pression prolongée.

Cette affection, encore désignée parfois sous les noms défectueux de télangiectasies verruqueuses ou de verrues télangiectasiques, est constamment la suite d'engelures et, comme celles-ci, s'observe surtout chez les sujets ayant une tendance à présenter de l'asphyxie des extrémités. Le développement des télangiectasies paraît précéder et causer celui des productions verruqueuses qui les recouvrent.

Comme les engelures, l'angiokératome s'observe surtout chez les sujets jeunes.

Traitement. — Les cautérisations ignées peuven servir à faire disparaître les tumeurs de l'angiokératome. L'électrolyse leur est préférable, en raison des troubles vasculaires qui prédominent sur les productions verruqueuses et semblent les provoquer : les aiguilles sont introduites au niveau de chacune des petites tumeurs, et on fait passer pendant 10 à 15 secondes un courant de 6 à 7 milliampères ; l'action des deux pôles nous ayant donné des résultats à peu près identiques, nous préférons recourir à la méthode bipolaire et introduire simultanément dans plusieurs tumeurs des aiguilles reliées les unes au pôle positif, les autres au pôle négatif ; la durée des séances se trouve ainsi réduite dans de grandes proportions ; on observera avec soin les effets du courant sur la peau et on enlèvera les aiguilles négatives pour les réimplanter sur une tumeur voisine dès qu'il se sera formé autour d'elles un halo blanc assez accentué. Ce traitement, très efficace, demande toujours plusieurs séances en raison de la multiplicité des lésions et de la nécessité d'attaquer chacune d'elles à plusieurs reprises pour obtenir sa guérison complète.

TROUBLES DE LA PIGMENTATION CUTANÉE

La pigmentation de la peau peut être modifiée de trois façons différentes : elle peut être diminuée (achromie), accrue (hyperchromie), ou diminuée par places et accrue en d'autres (vitiligo).

Les *achromies* sont peu importantes : en dehors de l'albinisme, difformité congénitale de la peau et des organes pigmentés, qui ne peut pas être modifiée par les moyens thérapeutiques, elles ne sont constituées que par les décolorations que l'on observe dans les atrophies de la peau, dans certaines formes de sclérodermie ou au niveau des cicatrices. Signalons cependant que l'affection désignée généralement en France sous le nom de syphilide pigmentaire est appelée par les auteurs allemands, à tort selon nous, leucodermie syphilitique. Les leucodermies ne sont justiciables d'aucune intervention thérapeutique.

Les *hyperchromies* sont beaucoup plus fréquentes, dues à des causes beaucoup plus variées, quelques-unes susceptibles d'être traitées efficacement.

Outre les hyperchromies locales, dues à l'évolution de lésions cutanées circonscrites (prurigo, lichens, dermatite herpétiforme, pityriasis rubra, phlyctènes de brûlures et de vésicatoires, etc.; pigmentation de voisinage des cicatrices les plus diverses, en particulier des cicatrices de lésions syphilitiques), contre lesquelles le médecin n'a pas à intervenir, en raison de leur tendance à la disparition lente et spontanée, le groupe des hyperchromies renferme des lésions cutanées de caûses très diverses.

Tout d'abord, le groupe des hyperchromies généralisées (mélanodermies) de cause interne : maladie d'Addison, mélanose, mélanodermie des diabétiques atteints de cirrhose hépatique pigmentaire, mélanodermie généralisée des sclérodermiques, intoxication arsenicale chronique; à côté de ces hyperchromies, il faut placer la mélanodermie de la phthiriase, dans la production de laquelle le rôle des

parasites est favorisé par les altérations du sang développées sous l'influence de la cachexie de misère (maladie des vagabonds des auteurs anglais et allemands). Dans ces divers cas, le traitement de la mélanodermie se confond avec celui de la maladie générale qui en est la cause, et le traitement externe est sans effet appréciable sur le trouble de pigmentation.

Il en est de même dans les pigmentations des tuberculeux cachectiques.

Les hyperchromies renferment encore le chloasma, les éphélides, le lentigo, que nous allons étudier en particulier.

Chloasma.

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom de chloasma à des taches pigmentaires, de coloration jaunâtre ou brunâtre, occupant presque toujours le visage, où elles forment des nappes pigmentaires irrégulières, rappelant l'aspect d'un enduit de crasse.

Cette affection s'observe surtout pendant la grossesse (masque des femmes enceintes), où elle apparaît à une époque variable, dans les affections utérines, dans la chlorose, où on la voit parfois se développer également sur les doigts au niveau des articulations des phalanges, mais dans lesquelles elle atteint rarement la même intensité que dans la grossesse; enfin, quelquefois dans les anémies graves.

Traitement. — Le masque des femmes enceintes ne réclame ordinairement aucun traitement; il diminue après l'accouchement pour disparaître au bout de quelques semaines si la femme ne nourrit pas, plus lentement si elle nourrit ou si elle conserve

quelque trouble utérin. Dans les cas où il acquiert une certaine intensité, on peut recourir aux traitements que nous indiquerons à propos des éphélides.

Le chloasma des maladies utérines sera traité de même, mais on s'adressera surtout à sa cause, en intervenant directement contre la lésion utérine, et en combattant l'anémie qui en résulte. Il en sera de même chez les chlorotiques et les anémiques, mais on aura soin de ne pas leur prescrire de préparations arsenicales, qui pourraient accroître la pigmentation cutanée.

Ces malades se garantiront également contre les influences atmosphériques qui exagèrent l'intensité du chloasma.

Éphélides.

Exposé clinique et étiologique. — On donne ce nom à des pigmentations des parties découvertes (face, mains) survenant sous l'influence de la chaleur et des divers agents atmosphériques (vent, froid intense) ; souvent consécutives à des érythèmes caloriques, elles constituent le hâle des campagnards et des gens de mer : elles peuvent se développer assez rapidement pendant un séjour à la campagne ou aux bords de la mer, pour persister pendant quelques semaines ou quelques mois et devenir une infirmité désagréable. Certains individus y sont particulièrement sujets.

Traitement. — Les sujets atteints d'éphélides doivent éviter l'action directe du soleil et du vent et, pour cela, protéger leur visage au moyen de chapeaux à larges bords et de voiles épais et larges, verts, bleus ou noirs. Cette même précaution empêchera

ou atténuera les récidives ultérieures au retour de la saison chaude.

Lorsque la pigmentation atteint quelque intensité, on aura recours aux préparations mercurielles.

Dans la plupart des cas, on emploiera les lotions biquotidiennes de sublimé (solution à 1/500), ou les applications prolongées pendant 4 à 5 heures de compresses imbibées de la même solution si elles sont supportées; dans l'intervalle, les malades se poudreront largement à l'amidon et appliqueront le plus longtemps possible une pommade à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth additionnée de 1 0/0 d'acide salicylique.

Les pommades mercurielles (pommade au calomel au 30e, pommade d'oxyde de zinc additionnée de 1 0/0 de sublimé) et les applications d'emplâtre de Vigo pendant la nuit doivent être réservées aux cas plus accusés, et leur emploi sera surveillé de près, pour éviter l'irritation trop vive des téguments et les accidents d'intoxication mercurielle.

Les badigeonnages à la teinture d'iode, les pommades soufrées à 15 ou 20 0/0 additionnées de 1 à 3 0/0 d'acide salicylique, les lotions soufrées analogues à celles employées dans l'acné, les applications de savon noir peuvent encore être employés contre les éphélides, à la condition de suspendre leur emploi dès qu'ils déterminent une irritation un peu vive du tégument. L'eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène et non eau chargée d'oxygène) pure ou le mélange à parties égales d'eau oxygénée et d'éther qui a été désigné sous le nom de pyrozone peuvent encore être essayés.

Les applications plus énergiques, les acides même étendus, en particulier, doivent être proscrits, à

moins que l'affection ne soit particulièrement intense et persistante.

Lentigo.

Exposé clinique et étiologique. — Le lentigo (ou taches de rousseur) est caractérisé par des taches pigmentaires de la dimension d'une grosse tête d'épingle, rondes ou ovalaires, occupant le visage, le cou, les mains et les avant-bras.

On confond généralement sous ce nom deux affections différentes par leur marche et qu'il nous paraît nécessaire de distinguer.

D'une part des taches brunâtres ou grisâtres apparaissant vers l'âge de 8 ou 10 ans, parfois assez nombreuses pour constituer chez les jeunes filles une difformité désagréable, mais disparaissant à peu près complètement vers l'âge de 20 à 25 ans, et ne se montrant plus qu'accidentellement dans la suite, sous l'influence de troubles utérins ou après l'exposition prolongée à la chaleur et au vent. Ces taches sont aussi fréquentes chez les blonds que chez les bruns.

D'autre part des taches de coloration jaunâtre plus ou moins accusée, souvent plus larges que dans la variété précédente, occupant les mêmes sièges, ordinairement très nombreuses, se montrant à un âge moins avancé, persistant toute l'existence, qui s'observent chez les sujets à cheveux roux et à teint coloré.

Traitement. — Le traitement a plus d'action sur la première variété que sur la seconde, qui se rapproche des nævi, si elle ne se confond pas avec eux.

Le rôle des agents atmosphériques, dans l'exagération sinon dans la production du lentigo, est assez net pour que les précautions indiquées à propos des

éphélides soient encore de mise dans cette affection. On y ajoutera la suppression des aliments qui entretiennent la congestion de la face, cause d'aggravation des troubles pigmentaires et, s'il y a lieu, le traitement des troubles digestifs et génitaux.

Le traitement local, dans les formes peu accusées du lentigo, est encore le même que celui des éphélides. Il peut en atténuer la coloration; mais il ne faut pas en attendre la disparition même passagère de la pigmentation.

Il en est de même des douches sulfureuses de Luchon, de Barèges, d'Uriage.

Lorsque les malades exigent un traitement efficace de ces dyschromies, — beaucoup de jeunes filles sont dans ce cas, — il faut recourir à des applications plus énergiques, susceptibles de provoquer la chute de l'épiderme qui entraîne ainsi les taches pigmentaires ; mais il est nécessaire de prévenir les malades de l'énergie du traitement, qui les oblige à un séjour de plusieurs jours à la maison, et de les prévenir aussi que ce traitement sera suivi fatalement, au bout d'un certain temps, de la reproduction de l'affection, l'épiderme de nouvelle formation se tachetant de pigment qui, en quelques mois, est aussi abondant qu'avant le traitement. C'est donc un palliatif temporaire, d'une application assez douloureuse et gênante, qu'on leur propose.

La desquamation épidermique peut être produite au moyen de pommades soufrées fortes, contenant 30 à 50 0/0 de soufre, 1 à 5 0/0 d'acide salicylique, 5 à 10 0/0 de carbonate de soude, qu'on applique pendant la nuit jusqu'à production d'une dermite intense ; pendant le jour, on se contente de poudrer à l'amidon ; lorsque l'inflammation est devenue assez

considérable, on la calme au moyen de pommade à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth additionnée de 3 à 5 0/0 de naphthol.

Les emplâtres de savon noir peuvent être employés à la place de la pommade soufrée.

M. Leloir (1) a proposé, pour produire la desquamation, les applications d'acide chrysophanique en solution à 15 0/0 dans le chloroforme; après évaporation du chloroforme, on recouvre la couche d'acide chrysophanique de traumaticine; au bout de quelques jours, lorsque l'enduit se détache, on recommence l'application, jusqu'à ce que l'exfoliation épidermique soit suffisante.

Les badigeonnages à l'acide chrysophanique demandent une attention toute spéciale; ils ne doivent jamais être faits que par le médecin, et il faut éviter la projection de la solution et la chute de la poudre dans l'œil où elles exposeraient à des conjonctivites.

Les préparations mercurielles fortes peuvent encore être utilisés dans ces cas.

Kaposi recommande les applications de compresses trempées dans une solution de sublimé au 100e (parties égales d'eau et d'alcool), maintenues en place pendant 4 heures; au bout de ce temps, il se forme des phlyctènes que l'on perce et dont on éponge soigneusement le contenu; puis on panse avec une poudre inerte; au bout de 8 jours environ, l'épiderme est reformé, blanc et complètement dépourvu de pigment.

L'emplâtre de Vigo peut également être utilisé, mais est moins actif.

Unna (2) a proposé, dans le but d'« écorcher » et

(1) *Journal des connaissances médicales*, 1er juillet 1886.
(2) Van Hornn. *Progrès médical*, 1893, 1er semestre, p. 68.

de « peler » la peau couverte d'éphélides les applications de pâte d'oxyde de zinc renfermant 50 0/0 de résorcine, répétées pendant 3 ou 4 jours; à ce moment, il remplace la pâte par des badigeonnages avec la colle de zinc; au bout de peu de jours, l'épiderme se détache en larges lambeaux, entraînant le pigment avec lui. Ce traitement, très énergique, exige une forte dose de courage de la part du médecin et de la part du patient.

Vitiligo

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom de vitiligo à une dyschromie caractérisée par le mélange, sur les parties atteintes, de plaques blanches, décolorées, généralement arrondies et de zones hyperpigmentées, brunâtres ou noirâtres, entourant les parties décolorées.

En dehors de ces changements de coloration, la peau ne présente aucune modification.

Le vitiligo occupe le plus souvent le cou, les mains et les avant-bras, les organes génitaux. Il peut se généraliser à toute la surface cutanée.

Dans les régions recouvertes de poils, ceux-ci participent ordinairement aux troubles de la pigmentation cutanée, et des touffes blanches reproduisent la disposition des taches achromiques; parfois ils tombent, et leur chute donne lieu à la production de plaques alopéciques analogues à celles de la pelade.

Se développant graduellement, sans aucun symptôme fonctionnel, cette affection persiste souvent indéfiniment; parfois cependant elle offre une certaine tendance à s'atténuer et peut même disparaître.

Le vitiligo est essentiellement une affection d'ori-

gine nerveuse : se développant au cours du tabes, du goître exophthalmique, chez les aliénés, à la suite d'émotions morales vives, il peut être la seule manifestation de l'état névropathique, héréditaire ou acquis, du sujet qui en est porteur ; mais il doit toujours être considéré comme un stigmate névropathique et faire rechercher les divers états morbides dont il peut être symptomatique.

Traitement. — Les conditions étiologiques du vitiligo indiquent la médication générale qu'on doit lui opposer : les bromures, les préparations de valériane et de belladone, les douches froides ou tempérées sont destinés à combattre l'état névropathique, sans compter les médications plus spécialement indiquées par les lésions nerveuses que l'on peut constater : iodures, faradisation, révulsifs sur l'axe cérébro-spinal, etc. Ces médications peuvent amener, mais toujours avec une grande lenteur, une atténuation ou la disparition des troubles pigmentaires.

M. Besnier recommande également les bains salins et les injections de pilocarpine, qui lui ont donné quelques résultats satisfaisants.

Localement, les applications de sublimé, les pommades soufrées, les badigeonnages d'iode ont été proposés par plusieurs auteurs ; l'action de ces topiques est trop douteuse pour qu'on puisse leur accorder une grande confiance.

ÉLÉPHANTIASIS

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous le nom d'éléphantiasis des états morbides caractérisés par une augmentation de volume de la peau

et du tissu cellulaire sous-cutané consécutive à des troubles de la circulation lymphatique, et peut-être plus exceptionnellement à des troubles de la circulation veineuse. Les lésions une fois établies ne tendent pas à rétrocéder spontanément; elles s'exagèrent à intervalles irréguliers, consécutivement à des poussées inflammatoires accompagnées de fièvre et de phénomènes généraux; ces accès, qui ont été décrits sous le nom d'accès éléphantiaques, ne sont en réalité que des érysipèles : M. Sabouraud a en effet constaté la présence du streptocoque dans les parties enflammées au moment des accès.

L'éléphantiasis occupe le plus souvent les membres inférieurs; il peut sièger au scrotum, au prépuce, à la vulve, à la face ou aux membres supérieurs.

Les affections décrites sous le nom d'éléphantiasis peuvent se développer sous des influences diverses et doivent être divisées au moins en trois groupes :

1° L'éléphantiasis des pays chauds ou éléphantiasis endémique, engendré par la filaire (filaria sanguinis hominis), dû à l'oblitération des voies lymphatiques par suite de la présence dans les vaisseaux ou dans les ganglions correspondants d'une filaire femelle fécondée.

2° Les éléphantiasis nostras, dus à l'oblitération des vaisseaux lymphatiques par une lymphangite chronique consécutive à des lésions diverses des téguments : ulcères variqueux, lupus des membres, lésions syphilitiques, etc., ou par une lésion des ganglions correspondants : néoplasme cancéreux, etc.

3° Les éléphantiasis congénitaux, dont l'étude est encore très incomplète et qui renferment, outre des faits d'hypertrophie congénitale appartenant à l'ordre des nævi, des cas de lymphangiome des membres.

Quelques faits désignés sous le nom d'éléphantiasis et dans lesquels les voies lymphatiques sont libres, en particulier les faits d'œdème neuro-arthritique des membres auxquels M. A. Mathieu (1) a donné le nom plus exact de pseudo-éléphantiasis névropathique, ne doivent pas trouver place ici.

Traitement.— Ces notions étiologiques ne sont pas sans importance au point de vue du traitement de l'éléphantiasis, quoiqu'on n'en ait pas encore tiré toutes les déductions thérapeutiques dont elles sont susceptibles.

L'éléphantiasis à filaire échappe quelque peu jusqu'ici à une thérapeutique causale rationnelle. On n'a guère tenté la destruction de la filaire, soit par une intervention directe, soit par une médication parasiticide interne encore à trouver. D'ailleurs les lésions provoquées par la présence du parasite lui survivraient, et il faudrait encore lutter contre leurs effets anatomiques persistants. Le changement de résidence, proposé par quelques auteurs de même que dans d'autres maladies exotiques, ne semble pas avoir d'effets favorables bien nets.

Jusqu'ici la connaissance de la cause de l'éléphantiasis endémique n'a guère suscité que des précautions prophylactiques : les soins hygiéniques, la propreté, le pansement régulier des plaies et des excoriations, l'usage pour la boisson d'eau filtrée ou bouillie, l'abstention de végétaux crus poussant à fleur de terre, mettront le plus souvent à l'abri de cette maladie.

Le rôle des lésions cutanées dans le développement de l'éléphantiasis nostras comporte comme dé-

(1) *Annales de Dermatologie*, janvier 1893.

duction pratique la nécessité de traiter tout d'abord ces lésions. Il s'en faut cependant de beaucoup que, sur des tissus éléphantiasiques, la guérison d'un ulcère de jambe ou même de lésions eczémateuses soit chose facile : les traitements les mieux appropriés n'agissent jamais qu'avec lenteur ; de même le lupus est toujours long à guérir et la disparition des tubercules lupiques ne rétablit pas la perméabilité des voies lymphatiques enflammées chroniquement. Il faut ajouter que le traitement des lésions causales n'a qu'un effet très restreint sur les lésions constituées de l'éléphantiasis, mais au moins supprime-t-il toute cause nouvelle d'irritation pour les voies lymphatiques.

La notion du rôle de l'infection streptococcique dans l'évolution de l'éléphantiasis a une grande importance pratique. Elle montre que le moyen d'éloigner ou de supprimer les prétendus accès éléphantiaques réside dans une antisepsie rigoureuse des surfaces malades et surtout des ulcérations causales, antisepsie qui doit tout à la fois détruire les germes existants et s'opposer à l'introduction nouvelle du streptocoque. Il ne faudrait pas, cependant, s'illusionner sur ses résultats et croire qu'on parviendra facilement à atteindre le parasite dans tous ses repaires ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas le poursuivre de son mieux. Les pansements antiseptiques, de préférence avec une solution de sublimé à 1 pour 2000 ou même à 1 pour 1000, si elle est supportée, les bains locaux prolongés dans l'eau phéniquée à 1 pour 200, seront donc indiqués au début de tout traitement et surtout à la suite d'une poussée d'érysipèle ; les pansements avec des solutions antiseptiques plus faibles (eau boriquée, solution de phénosalyl à

1 pour 500, etc.) seront prescrits ultérieurement; si les ulcérations sont irrégulières, présentent des clapiers et des prolongements sous-cutanés, leur surface sera cautérisée au nitrate d'argent, ou mieux au thermo-cautère ou au galvano-cautère, sans préjudice des applications locales appropriées aux ulcères variqueux ou au lupus.

Chaque récidive d'érysipèle sera traitée par les moyens convenables : applications de compresses de sublimé, ou de compresses trempées dans une solution de salicylate de soude (25 pour 1000) et de bicarbonate de soude (10 pour 1000) (Besnier); les pulvérisations de solution éthérée de sublimé à 1 pour 100 suivant la méthode de M. Talamon, les badigeonnages avec la traumaticine à l'ichthyol (à parties égales) préconisés par Juhel-Rénoy trouveront ici leur indication comme dans les autres localisations de l'érysipèle. A l'intérieur, le sulfate de quinine, employé depuis longtemps par M. Besnier au moment des accès, sera donné à doses élevées pour modérer la fièvre et aussi à titre d'agent antiseptique. En un mot, le traitement sera le même que dans l'érysipèle.

En dehors des poussées érysipélateuses, le traitement de l'éléphantiasis comprend une médication interne et une longue série de moyens externes.

L'iodure de potassium semble avoir quelque influence sur les lésions : son action résolutive sur les altérations scléreuses, ses effets sur les lésions veineuses et artérielles l'expliquent suffisamment; il sera donc indiqué surtout dans les éléphantiasis consécutifs aux ulcères variqueux, et ne devra pas être négligé dans l'éléphantiasis à filaire. Dans les éléphantiasis d'origine lupique, on administrera l'huile de foie de

morue, le sirop d'iodure de fer et le sirop anti-scorbutique.

Le *traitement local* a pour but de faire tomber les productions épidermiques qui encombrent souvent la surface des parties éléphantiasiques, de diminuer la stase lymphatique dont elles sont le siège et de faciliter leur circulation sanguine et lymphatique.

Des applications émollientes (cataplasmes de fécule de pommes de terre, pansements avec des solutions antiseptiques faibles, bains prolongés), et, si l'état des téguments les rend possibles, des applications de savon noir pur ou mélangé à la vaseline ou à l'axonge permettent de ramollir l'épiderme et, au moyen de grattages avec une spatule ou une curette non tranchante, d'enlever les couches épidermiques souvent épaisses qui recouvrent la surface des membres éléphantiasiques et qui masquent souvent des lésions papillomateuses plus ou moins étendues.

Le décubitus horizontal, avec élévation de la partie malade comme dans toutes les affections provoquées ou entretenues par des troubles circulatoires, sera de règle lorsque l'éléphantiasis occupe les membres inférieurs. Lorsqu'il siège au scrotum, la partie malade sera maintenue avec un suspensoir. S'il occupe les membres supérieurs, ceux-ci seront soutenus au moyen d'une écharpe.

Pour permettre l'écoulement de la lymphe arrêtée dans son cours, on a proposé les mouchetures et les scarifications, et récemment encore M. Le Dentu y a eu recours dans l'éléphantiasis du scrotum pour diminuer le volume des parties malades et en faciliter l'extirpation. Le résultat est généralement médiocre, temporaire toujours : car l'obstacle persiste et cette

intervention, si elle n'est pas pratiquée avec des précautions antiseptiques rigoureuses, peut devenir le point de départ de phlegmons, d'abcès ou d'érysipèles qui aggravent les lésions antérieures quand ils ne mettent pas en péril la vie même du sujet.

La compression méthodique met à l'abri de ces dangers : elle permet de refouler une partie de la lymphe stagnante, en même temps qu'elle modère l'afflux du sang et facilite la circulation en retour. Elle doit être faite au moyen du pansement ouaté, après applications topiques appropriées sur les ulcérations, s'il en existe ; la bande de toile qui maintient et comprime la ouate est recouverte d'une bande de caoutchouc avec laquelle on exerce, suivant les règles habituelles, une pression convenable, égale et assez modérée pour ne pas être douloureuse et ne pas exposer à la gangrène ; en aucun cas, la bande de caoutchouc ne doit être appliquée directement sur la peau (Besnier). Le pansement est changé tous les 5 à 6 jours, plus souvent s'il y a des ulcérations suintantes. Avant de le réappliquer, les parties sont lavées avec une solution antiseptique faible, ou avec un liquide alcoolisé (eau de vie camphrée, eau de Cologne, alcoolat de lavande additionnés de deux tiers ou de trois quarts d'eau).

Entre deux applications du pansement compressif, on pourra recourir au massage méthodique, aux bains de vapeur locaux, aux douches sulfureuses chaudes.

Ce traitement amène toujours une diminution de volume des parties atteintes ; mais trop souvent les malades se refusent à le laisser continuer un temps suffisant et, reprenant trop tôt leurs occupations, voient le membre augmenter de nouveau de volume.

Les bas, les brassards et les suspensoirs en tissus élastiques peuvent rendre quelques services chez les sujets qui sont dans l'impossibilité de garder le repos ; mais ces services sont toujours limités : ces appareils doivent être faits avec grand soin et s'appliquer très exactement sur les parties malades pour jouir de quelque efficacité ; de plus les tissus élastiques se relâchent rapidement et les appareils doivent être changés souvent, ce qui, joint à leur prix élevé, en rend l'emploi très coûteux.

L'électricité a été employée par plusieurs auteurs dans le traitement de l'éléphantiasis : Moncorvo et Silva Araujo ont obtenu par l'emploi des courants continus et des courants faradiques des résultats remarquables.

Ce traitement a été jusqu'ici peu employé en France.

Il mériterait d'être expérimenté, car il est tout au moins exempt d'inconvénients sérieux.

Les résultats souvent très insuffisants de la compression ont engagé divers auteurs à recourir à des traitements plus actifs et à des opérations chirurgicales.

On a tenté de faciliter la circulation en retour en diminuant l'afflux sanguin au moyen de la ligature ou de la compression de l'artère principale du membre. Les résultats de cette intervention semblent avoir été généralement assez médiocres, quand elle n'a pas causé d'accidents graves, et nous ne croyons pas devoir la conseiller.

Plus radicale est l'ablation des parties atteintes d'éléphantiasis. Pour arriver à cette extrémité lorsque la maladie occupe un membre, il faut que le volume des lésions soit extrêmement considérable

et ne se réduise pas sensiblement sous l'influence des traitements précédents. Il est cependant quelques sujets dont l'éléphantiasis entrave si complètement la vie professionnelle, qu'ils préfèrent être privés d'un membre qui est devenu pour eux un appendice inutile et gênant.

Dans l'éléphantiasis des organes génitaux, l'ablation est pour ainsi dire la règle dès que les lésions ont atteint un certain volume : la compression est souvent difficile à appliquer, ses résultats sont lents; le testicule englobé dans une masse éléphantiasique est tout au moins fonctionnellement perdu ; de plus, sauf exceptions très rares, l'exérèse est suivie de guérison sans aucun accident, et il n'y a pas de récidive.

SCLÉRODERMIE.

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom de sclérodermie à une affection caractérisée par l'épaississement et l'induration scléreuse de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, indépendamment de tout état pathologique antérieur du tégument.

La sclérodermie, qui est bien plutôt l'expression cutanée d'une maladie générale qu'une dermatose à proprement parler, revêt des types cliniques très différents les uns des autres.

Elle peut être généralisée ou localisée.

La sclérodermie généralisée se divise elle-même en deux formes bien distinctes.

Dans l'une, sclérodermie généralisée d'emblée (sclérème des adultes, sclérodermie œdémateuse de Hardy, sclérémie de M. Besnier), l'affection débute

par une tuméfaction œdémateuse diffuse du tégument, qui aboutit bientôt à son induration avec aspect blafard ; l'immobilité qui en résulte communique au visage un aspect particulier de placidité (masque sclérodermique), place les membres dans des positions parfois vicieuses et gêne les fonctions respiratoires. La peau, outre sa teinte blafarde généralisée, présente en certains points une coloration brunâtre rappelant l'aspect du chloasma ou même de la maladie d'Addison. Des complications rénales, cardiaques, etc., viennent parfois précipiter la marche de la maladie, qui peut se terminer en quelques semaines, plus souvent en quelques mois par la mort ou par la guérison, ou persister indéfiniment.

La sclérodermie progressive peut débuter par la face, plus souvent par les extrémités supérieures (sclérodactylie), où elle est précédée de phénomènes d'asphyxie locale et aboutit à la production de mutilations avec atrophie des doigts, ulcérations torpides, gangrènes partielles; elle tend à se généraliser; les téguments sont souvent le siège de pigmentations diffuses. Des lésions scléreuses des muscles, du rein, des artères, du cœur, du poumon, accompagnent presque toujours cette forme de sclérodermie et sont la cause de la mort, qui ne se produit qu'au bout de plusieurs années.

La sclérodermie localisée (sclérodermie en plaques, morphée des auteurs anglais) se traduit par le développement de plaques dures, lardacées, blanches ou jaunâtres, entourées d'une zone érythémateuse ou violacée (*lilac ring* des Anglais); ces plaques peuvent être de dimensions très variées et de formes diverses, arrondies, allongées ou disposées en longues traînées parallèles à l'axe des membres (scléro-

dermie en bandes), symétriques ou plus souvent unilatérales, correspondant fréquemment à la distribution cutanée d'un tronc nerveux. Les plaques, qui ont été parfois prises pour des tumeurs malignes, sont susceptibles de guérison ; elles peuvent disparaître sans laisser de traces ou être suivies d'une atrophie cutanée, dont la topographie correspond à celle de la plaque sclérodermique initiale, avec amincissement du derme, qui prend une coloration blanchâtre ou brunâtre. Ces atrophies post-sclérodermiques semblent comprendre un grand nombre des faits désignés sous le nom d'*atrophie primitive de la peau.*

La sclérodermie généralisée d'emblée peut succéder à un refroidissement, à l'action de l'humidité, survenir dans le cours d'une grossesse ou à la suite d'une perturbation morale vive, se montrer après des maladies infectieuses diverses ; elle se développe souvent chez des sujets cachectiques.

Les autres formes de sclérodermie semblent plus spécialement liées à une perturbation du système nerveux : leur développement à la suite d'émotions, de chagrins, leur coïncidence avec des manifestations nerveuses diverses, la disposition symétrique de leurs lésions ou leur configuration en rapport avec la distribution d'un nerf périphérique, peuvent être cités à l'appui de cette hypothèse, bien qu'on n'ait pas, jusqu'ici, trouvé, dans les centres ou les conducteurs nerveux, de lésions constantes ou même de lésions ayant quelque importance.

Les lésions artérielles généralisées, qui accompagnent la plupart des cas de sclérodermie et qui tiennent sous leur dépendance directe les altérations cutanées et les complications viscérales, doivent

aussi entrer en ligne de compte dans l'interprétation pathogénique de cette affection; il se peut que le système nerveux n'intervienne que pour exagérer leurs effets et les localiser, utilisant pour produire la sclérodermie le reliquat sur les vaisseaux de maladies infectieuses et d'intoxications multiples.

Traitement. — La thérapeutique de la sclérodermie doit s'inspirer des données étiologiques précédentes.

Dans la sclérodermie généralisée d'emblée, on aura recours surtout aux toniques : huile de foie de morue, préparations d'iodure de fer, de quinquina, d'arsenic, etc. Le malade devra, en outre, éviter soigneusement les refroidissements, et pour cela porter des vêtements de laine. Les bains sulfureux, parfois les bains de vapeur, seront utiles pour activer les fonctions sécrétoires de la peau toujours diminuées.

Dans la sclérodermie progressive et dans les sclérodermies partielles, on emploiera, outre les toniques, les agents qui modifient le système nerveux : bromures, préparations de valériane, de belladone, les bains électriques, les douches tièdes ou chaudes, en même temps que ceux qui peuvent modérer les lésions artérielles, de préférence l'iodure de potassium ou de sodium à doses faibles, longtemps prolongées. Les inhalations d'oxygène (Besnier) peuvent être employées dans les cas de sclérodactylie avec phénomènes d'asphyxie des extrémités. L'hygiène générale, l'aération, les eaux sulfureuses, compléteront ce traitement.

Localement, les divers topiques ne produisent aucune amélioration des lésions sclérodermiques; les applications d'emplâtre de Vigo méritent seules d'être essayées.

Le massage, de préférence avec l'huile de foie de morue, aide souvent à la résorption de l'infiltration scléreuse; il a en outre l'avantage de faciliter le retour des mouvements dans les articulations immobilisées par les lésions cutanées et d'activer la nutrition des muscles presque toujours atrophiés au niveau et au voisinage des territoires sclérodermiés.

L'électricité a été employée sous des modes très différents.

L'électrolyse a été tentée dans la sclérodermie et a paru arrêter rapidement la marche extensive de la maladie. Une observation de M. Brocq (1) montre bien son mode d'action : les lésions scléreuses s'étaient plus amendées dans les parties supérieures de la plaque où l'aiguille n'avait jamais été directement appliquée que dans les parties où avaient été faites les piqûres; c'est donc plutôt le courant électrique qui modifie la nutrition de la plaque que l'action chimique locale qui amène la disparition de la sclérose. Dans ces conditions et vu la facilité avec laquelle les piqûres électrolytiques déterminent la formation d'un tissu scléreux et chéloïdien (nous en avons vu des exemples chez des sclérodermiques soumis à ce traitement), nous croyons que l'électrolyse doit céder le pas, dans cette affection, à l'électrisation par les procédés extradermiques, beaucoup moins douloureux d'ailleurs.

Les bains électriques et les courants continus de faible intensité (8 à 10 ou 12 milliampères, deux ou trois séances de 10 minutes par semaine) en appliquant le pôle positif le long de la colonne vertébrale

(1) *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, 11 avril 1890, p. 254.

et une large électrode reliée au pôle négatif au-dessous des parties sclérodermiques, nous semblent préférables à tous les autres.

Les traitements électriques demandent toujours un temps très long pour amener la guérison de plaques même peu étendues; dans la sclérodermie progressive, on peut en attendre seulement une amélioration et un ralentissement dans la marche de la maladie.

AÏNHUM

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous ce nom une affection, lentement progressive, caractérisée par l'étranglement annulaire d'un orteil aboutissant à sa chute.

Elle débute par un sillon demi-circulaire, commençant ordinairement à la partie inféro-interne du pli digito-palmaire; ce sillon, de structure fibreuse, s'étend par ses extrémités, finit par enserrer toute la circonférence de l'orteil; l'extrémité inférieure de celui-ci augmente de volume sous l'influence de la gêne circulatoire, se pédiculise, puis se flétrit et tombe; l'orteil symétrique peut être atteint de la même façon, mais la maladie s'arrête là.

L'aïnhum se développe le plus souvent sur le cinquième orteil, rarement sur le quatrième, exceptionnellement sur les autres; il est douteux qu'on l'observe aux doigts.

Cette affection ne se rencontre que dans la race noire : on l'a vue sur la côte occidentale d'Afrique, au Bengale, au Brésil; on ne l'a jamais observée en France.

Son étiologie est inconnue : les contusions répé-

tées de l'orteil dans la marche pieds nus, auxquelles on l'a attribuée, n'expliquent pas son développement exclusif chez les nègres, bien plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Il est aujourd'hui démontré que cette affection n'a aucun rapport ni avec les amputations congénitales dont le siège est très variable et qui s'observent dans toutes les races, ni avec la lèpre.

Le **traitement** consiste uniquement dans les incisions libératrices de la stricture, perpendiculairement à sa direction, lorsque le sillon est encore incomplet, et dans l'amputation au niveau du sillon, lorsque l'orteil est déjà trop compromis.

CHÉLOÏDE.

Exposé clinique et étiologique. — La chéloïde, qu'il ne faut pas confondre avec les cicatrices hypertrophiques (fausse chéloïde cicatricielle), est constituée par une tumeur fibreuse, plus ou moins saillante, de forme généralement allongée et irrégulière, récidivant à peu près fatalement après son ablation.

La chéloïde débute par une tuméfaction indurée de petites dimensions, puis augmente de volume, le plus souvent lentement, s'étendant en général par ses deux extrémités qui sont aplaties et étalées, et ont été comparées aux pattes d'un crabe. Elle peut atteindre une longueur de plusieurs centimètres, faire une saillie de deux à cinq millimètres; elle est nettement limitée. Sa surface est généralement lisse et régulière, plus rarement bosselée.

Elle s'accompagne souvent d'irradiations douloureuses extrêmement pénibles.

L'ablation, même large, de la chéloïde est suivie de sa reproduction dans la cicatrice ou au niveau des points de suture.

Le siège de prédilection de la chéloïde est la région sternale, mais peut varier comme celui de la lésion qui lui donne naissance.

La chéloïde est, en effet, sauf exceptions très rares, consécutive à une lésion antérieure du tégument, lésion le plus souvent minime et hors de proportion avec la tumeur chéloïdienne : excoriations, piqûres, plaies consécutives au percement du lobule de l'oreille ou à la vaccination, etc., pustules d'acné, brûlures, eschares consécutives à l'épilation électrolytique, ulcérations syphilitiques, etc.

Certains sujets semblent prédisposés au développement de cette affection, à laquelle quelques auteurs attribuent une origine microbienne. Nous sommes très porté à admettre cette dernière opinion et à subordonner à un traumatisme passé inaperçu le développement des chéloïdes dites spontanées. La nature infectieuse de la maladie explique mieux que la prédisposition individuelle la récidive *in situ* après l'opération et les faits de généralisation spontanée ou opératoire.

Traitement. — On ne connaît jusqu'ici aucun médicament interne qui puisse amener la résorption d'une chéloïde : l'iodure de potassium, l'arsenic, les préparations mercurielles en particulier ont été expérimentés sans succès.

Contre les douleurs provoquées par la lésion, les calmants sont à peu près inefficaces.

Le *traitement local* est donc seul applicable aux chéloïdes, et ce traitement est très loin d'être satisfaisant.

L'ablation au bistouri doit être proscrite : la récidive à peu près infaillible, malgré les précautions les plus minutieuses et l'étendue de l'intervention, substitue à la lésion primitive une lésion plus étendue encore.

Les caustiques chimiques et thermiques ne réussissent pas mieux, et leur emploi expose tout autant aux récidives. Les injections sous-cutanées d'huile créosotée au cinquième, employées dans un cas par M. P. Marie (1), produisent une eschare sèche, mais sa guérison est également suivie de la reproduction de la chéloïde.

Les applications d'emplâtre de Vigo, d'emplâtres résorcinés et salicylés, peuvent faire diminuer le volume des tumeurs, mais ne les font pas disparaître : elles n'ont, en tout cas, aucun inconvénient, à la condition qu'elles n'irritent pas les téguments et surtout ne les ulcèrent pas. La compression de la tumeur amène quelquefois la réduction de son volume, mais est difficile à exécuter.

Les scarifications linéaires, que Vidal avait eu l'idée de pratiquer pour sectionner les nerfs contenus dans les tumeurs chéloïdiennes et les rendre indolentes, amènent la réduction de leur volume. Elles doivent, pour atteindre ce but, être profondes et atteindre la chéloïde à peu près dans toute son épaisseur; elles doivent être espacées de 2 millimètres environ, être quadrillées et ne dépasser les bords que de 2 à 3 millimètres [Vidal] (2). La douleur, très vive au moins pendant les premières séances, peut être supprimée par les badigeonnages de chlorure de mé-

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 3 mars 1893.
(2) *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 206.

thyle. L'inconvénient de cette méthode est la lenteur extrême du traitement, de sorte que la guérison demande des mois, parfois des années (Besnier). Peut-être aussi (P. Marie) les scarifications sont-elles une cause de généralisation des chéloïdes.

L'électrolyse a été appliquée au traitement des chéloïdes par Hardaway et par M. Brocq. L'inconvénient de ce mode de traitement est encore la lenteur extrême de ses résultats; même en employant simultanément, comme nous l'avons fait, plusieurs aiguilles placées à distances convenables, la durée des séances d'électrolyse est supérieure à celle des séances de scarifications, l'effet obtenu est beaucoup moins frappant et la durée totale du traitement de beaucoup plus longue encore.

En résumé, on peut dire qu'un mode de guérison réellement pratique et innocent des chéloïdes est encore à trouver. Pour beaucoup de sujets qui ne peuvent se soumettre à des séances opératoires répétées, les applications d'emplâtres résolutifs et l'emploi d'un bandage qui protège la tumeur contre les chocs extérieurs sont les seuls moyens palliatifs à employer.

ULCÈRES.

Exposé clinique et étiologique. — Un grand nombre d'affections cutanées peuvent déterminer des ulcérations dont le traitement a été indiqué à propos de chacune d'elles.

Nous avons rangé l'ulcère phagédénique des pays chauds parmi les dermatoses parasitaires, et il ne nous reste à étudier ici que l'ulcère de jambe, qui est le type le plus habituel de l'ulcère cutané simple.

Se développant presque toujours sur un membre variqueux, dont la nutrition est profondément troublée par des lésions vasculaires et par le retentissement de celles-ci sur les nerfs du membre, l'ulcère de jambe peut être consécutif à un traumatisme ou à quelque lésion cutanée : placard d'eczéma excorié par le grattage, pustule d'ecthyma, etc. L'ulcération primitive tend à s'élargir; puis, lorsqu'elle a atteint une certaine dimension, elle reste stationnaire, sa surface se recouvre de bourgeons torpides, ses bords s'indurent, et elle ne présente aucune tendance à la réparation.

Des complications inflammatoires peuvent survenir, entre autres des lymphangites et des érysipèles, qui sont parfois le point de départ du développement d'un éléphantiasis.

Traitement. — Le traitement des ulcères de jambe est particulièrement long et difficile, en raison de la mauvaise circulation du membre. Il convient donc d'associer au traitement local des médicaments internes susceptibles de modifier les lésions vasculaires : hamamelis, iodure de potassium, etc., et de mettre le membre dans les conditions les plus favorables à la circulation en retour; aussi est-il indispensable de conserver au lit, la jambe étendue et légèrement relevée, jusqu'à cicatrisation complète, les sujets atteints de cette affection.

Le pansement local est destiné à désinfecter d'abord la lésion, puis à la maintenir dans un état d'asepsie complète et à favoriser le processus de réparation.

Les pansements humides avec des solutions de sublimé ou d'acide phénique, ou à l'eau boriquée si ces préparations sont mal supportées, doivent être employés d'abord jusqu'à ce que la désinfection de

l'ulcère soit obtenue ; les lavages avec des solutions antiseptiques doivent leur être associés ; s'il y a une inflammation vive ou si l'ulcère est recouvert de croûtes, ces pansements peuvent être précédés d'applications de cataplasmes.

Les pansements antiseptiques humides déterminent parfois une amélioration très notable et peuvent réduire les dimensions de l'ulcère, mais ils sont insuffisants à en amener la guérison.

De nombreux topiques ont été préconisés pour activer la réparation des ulcères de jambe, et tous donnent des succès lorsqu'ils sont employés avec soin et discernement.

Les topiques pulvérulents, iodoforme, aristol, salol, sous-carbonate de fer, dermatol, etc., sont utiles lorsque les phénomènes inflammatoires sont calmés, mais ont l'inconvénient de former des croûtes qui masquent la surface de l'ulcération et empêchent d'en surveiller et d'en diriger la cicatrisation.

Les applications de bandelettes imbriquées d'emplâtre diachylon ou d'emplâtre de Vidal rendent des services, à la condition d'en surveiller de près les effets et de ne pas les employer dans des ulcères à sécrétions abondantes.

Les solutions de sulfate de cuivre à 1 0/0 (Gosselin, Quénu, etc.), de permanganate de potasse à 2 0/00 peuvent être utilisées dans les ulcères suppurant abondamment.

Les pansements au styrax rendent des services dans les ulcères torpides.

Dans tous les cas, les cautérisations au nitrate d'argent, en excitant la vitalité des tissus et en modérant la formation de bourgeons exubérants, per-

mettent de régulariser la cicatrisation et d'activer la guérison.

Si ces moyens échouent, on a la ressource des interventions chirurgicales : scarification des bords calleux, incisions libératrices périphériques, sections veineuses, greffes épidermiques et, dans les cas d'ulcères très étendus, autoplasties ; nous renvoyons aux traités de chirurgie pour les indications de ces modes de traitement, ainsi que de l'amputation qui s'impose parfois dans les ulcères très étendus et rebelles.

La compression par les tissus élastiques peut être utile dans les lésions d'origine variqueuse, mais nous la considérons comme applicable plus spécialement après la guérison des ulcérations, pour prévenir leur retour. Les bas élastiques ne rendent aucun service dans le traitement des ulcères de jambe, et, si on recourt à l'emploi de la bande de caoutchouc, on doit toujours interposer un pansement entre la bande et la peau.

GANGRÈNES CUTANÉES.

Les gangrènes cutanées peuvent se développer sous l'influence de causes diverses : pressions et traumatismes, brûlures par les agents thermiques et chimiques (caustiques, parmi lesquels il faut signaler surtout les acides minéraux et l'acide phénique), troubles et lésions vasculaires (intoxication par l'ergot de seigle, inflammations intenses, oblitérations artérielles et veineuses) ; les agents infectieux peuvent intervenir dans leur production, que favorisent certains états pathologiques comme le diabète et l'albuminurie.

Nous ne pouvons étudier ici toutes ces affections, qui sont du ressort de la chirurgie ou de la médecine interne.

Nous avons déjà étudié, avec les dermatoneuroses (Voir T. I, p. 289 et 291) les gangrènes d'origine nerveuse.

Il nous reste à parler des gangrènes multiples de la peau.

Gangrènes multiples de la peau.

Exposé clinique et étiologique. — Ces lésions, encore fort mal connues, se traduisent par des plaques de gangrène sèche ou humide, d'étendue variable, developpées d'emblée ou succédant à des lésions diverses du tégument : plaques érythémateuses, urticariennes, éléments purpuriques, vésicules ou phlyctènes offrant l'aspect de l'herpès ou de la varicelle, ulcérations d'origine et d'aspect variables, etc. Elles s'accompagnent souvent de phénomènes généraux graves aboutissant à la mort des malades.

Elles surviennent dans les conditions les plus dissemblables, au cours ou dans la convalescence de maladies infectieuses, dans des états généraux graves ; parfois elles semblent être d'origine névropathique et Kaposi en a décrit une forme sous le nom de zoster gangréneux hystérique atypique.

Les gangrènes multiples de la peau sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

Des microorganismes divers, parmi lesquels il faut citer le bacille pyocyanique, ont été rencontrés dans ces lésions.

Traitement. — Un traitement interne, basé sur les conditions dans lesquelles s'est développée la mala-

die et sur l'état général du sujet, traitement surtout tonique, est indispensable pour arrêter la progression et la multiplication des lésions; on y ajoutera l'usage des antiseptiques intestinaux.

Le traitement local consiste dans l'emploi des antiseptiques pulvérulents : iodoforme, salol, aristol, dermatol, poudre de quinquina et de charbon. Les pansements humides, de préférence à l'alcool camphré et au sublimé, seront réservés aux ulcérations consécutives à la chute des eschares, ulcérations dont on surveillera la réparation pour éviter les cicatrices vicieuses.

TUMEURS NON CONGÉNITALES DE LA PEAU.

Nous avons déjà, à propos des nævi, signalé diverses tumeurs congénitales de la peau, le fibrome molluscum, les adénomes des glandes sébacées et sudoripares, certaines variétés de névromes et de lymphangiomes.

Il nous reste encore à indiquer le traitement des myomes et des névromes non congénitaux, des épithéliomas cutanés, des cornes cutanées, des sarcomes et du colloïd-milium.

Myomes cutanés.

Ces tumeurs, extrêmement rares, peuvent être localisées, occupant les organes génitaux ou les seins (myomes dartoïques de M. Besnier et de Virchow) ou généralisées (myomes simples de M. Besnier). Ces tumeurs, de volume variable, se développent

très lentement, sont arrondies, la peau qui les recouvre peut être de coloration normale, rose, ou rouge; elles sont le plus souvent indolentes.

Leur **traitement** consiste uniquement dans l'excision.

Névromes.

Les névromes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané sont généralement confondus, sous le nom de tubercules sous-cutanés douloureux, avec d'autres tumeurs que leur voisinage d'un nerf rend douloureuses à la moindre pression et dont, d'ailleurs, le diagnostic différentiel ne peut souvent être fait que par l'examen histologique.

L'ablation est le seul **traitement** qui leur soit applicable.

Epithéliomas.

Exposé clinique et étiologique. — Les épithéliomas cutanés, encore désignés sous le nom de cancroïdes, peuvent revêtir des aspects cliniques fort variés. De tous leurs caractères le plus important, sans contestation, est l'induration de leurs bords qui, tantôt régulièrement arrondis, tantôt diversement figurés, sont saillants à la manière d'un ourlet et de consistance ferme, sans mériter néanmoins la dénomination de cartilagineuse.

Débutant tantôt par une excroissance d'apparence verruqueuse, tantôt par une saillie blanchâtre et translucide d'apparence perlée, ou succédant à une lésion circonscrite analogue à l'acné (acné sébacée partielle de Lailler) ou à une verrue séborrhéique, l'épithélioma se présente à sa période d'état sous des

aspects très différents, qui en font une affection des plus polymorphes.

Dans un très grand nombre de cas, il est constitué par une plaque légèrement saillante, de coloration rougeâtre, ulcérée en certains points, cicatricielle sur d'autres, évoluant très lentement, ayant pendant fort longtemps tendance à s'accroître par sa périphérie sans détruire les tissus profonds et ne déterminant pas de lésions secondaires des ganglions lymphatiques. Ce type d'épithélioma, décrit par les auteurs anglais sous le nom de rodent ulcer, atteint le plus souvent la face; il a été considéré comme une affection spéciale, indépendante de l'épithélioma; cette distinction ne peut cependant être admise : car on voit parfois les lésions, d'abord superficielles et très longtemps bénignes en apparence, atteindre les tissus profonds, les détruire et aboutir aux formes les plus graves et les plus envahissantes de l'épithélioma.

D'autres fois la surface de l'épithélioma est irrégulière, verruqueuse ou papillomateuse, et persiste sous cet aspect pendant fort longtemps.

Dans les cas à marche rapide ou après une période plus ou moins longue dans laquelle il a présenté les caractères précédents, l'épithélioma forme une saillie végétante, à gros bourgeons s'ulcérant rapidement, donnant lieu à une sécrétion ichoreuse et fétide, dure ou mollasse malgré l'induration de ses bords; elle donne issue par la pression à des concrétions blanchâtres, allongées comme un comédon et d'aspect caséeux ; cette masse peut se détruire entièrement par ulcération, et le processus, s'étendant aux parties profondes, peut former une perte de substance cratériforme allant jusqu'aux os. D'autres fois l'ulcération

se développe sans avoir été précédée de bourgeonnement de la surface. Ces ulcérations retentissent toujours rapidement sur les ganglions lymphatiques correspondants.

Dans quelques cas, l'épithélioma, développé sur une tache pigmentaire, renferme des granulations mélaniques. Dans ces cas, souvent confondus avec le sarcome mélanique dont ils ne peuvent guère être distingués que par l'examen histologique, les lésions ont une marche extrêmement rapide et commune à toutes les tumeurs pigmentaires.

Les épithéliomas cutanés se développent surtout sur le visage ; ils peuvent par leurs progrès envahir une grande partie de son étendue, détruisant ses diverses saillies, intéressant les paupières et les voies lacrymales. Il n'est pas rare de voir plusieurs tumeurs analogues occupant simultanément ou successivement les diverses régions de la face. Ils peuvent également se montrer sur les membres et sur le tronc.

Ils ne s'observent guère que chez des sujets ayant dépassé l'âge de 40 ans.

Leur développement, ou leur localisation, peut résulter de la présence d'une lésion antérieure du tégument : cicatrice ancienne de cause quelconque, lupus, placard de psoriasis, nævus, séborrhée sénile, etc., qui en masque parfois le début et risque d'en faire méconnaître la nature. Rappelons que l'épithélioma est le terme naturel de l'évolution du xeroderma pigmentosum et de certains papillomes professionnels (ramoneurs, raffineurs de pétrole).

Traitement. — Un grand nombre de substances ont été préconisées pour le *traitement interne* de l'épithélioma et ne paraissent avoir jamais ralenti sa marche. Nous citerons seulement les chlorates de

potasse et de soude, auxquels quelques auteurs accordent une valeur réelle, et l'arsenic auquel un récent travail de Lassar (1) a donné un regain d'actualité. Il n'y a aucun inconvénient à administrer ces substances (1 à 4 grammes de chlorate de potasse ou de soude, VI à X gouttes de liqueur de Fowler) aux sujets atteints d'épithéliomas cutanés, surtout lorsque les tumeurs sont multiples, et peut-être entrave-t-on ainsi la tendance à leur développement; mais il ne faut pas se faire illusion sur leur valeur curative et négliger le *traitement local* qui seul leur convient.

Les épithéliomas cutanés ont été longtemps considérés comme au-dessus des ressources de l'art. L'expression de *noli me tangere* qui leur a été appliquée est la preuve que les chirurgiens regardaient toute intervention comme dangereuse. Cette opinion est encore partagée par quelques médecins et par la majorité du public extra-médical, qui tient à respecter toutes les tumeurs développées sur la face. On ne saurait assez protester contre elle. Non seulement on peut, mais on doit traiter et traiter énergiquement les tumeurs épithéliales; c'est le seul moyen d'arrêter leur marche et de mettre le sujet qui en est porteur à l'abri de destructions considérables et de la cachexie cancéreuse. Il faut pour cela que la lésion ne soit pas trop étendue, n'intéresse pas des tissus sur lesquels l'action chirurgicale soit impossible. Il faut de plus que l'intervention soit aussi complète que possible, les ablations et les cautérisations incomplètes provoquant dans certains cas, et c'est là la justification du terme *noli me tangere*, une

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1893.

extension rapide, et prodigieusement rapide de la lésion primitive.

Cette intervention est des plus variables.

Toutes les fois que l'épithélioma est volumineux ou qu'il est situé au voisinage d'organes importants qu'une légère extension de sa surface lèserait d'une façon irrémédiable (cette extension est possible à la suite d'une intervention moins radicale et moins immédiate), l'ablation par le bistouri faite largement est le seul traitement possible, quitte à réparer par une autoplastie la brèche opératoire lorsqu'elle compromet l'intégrité des mouvements de la région, et cela particulièrement au voisinage de l'œil.

Il est évident qu'il y a des lésions épithéliomateuses auxquelles l'ablation par le bistouri est inapplicable; ce sont celles où la destruction très profonde intéresse les muscles, les os, et ne permet pas l'exérèse de tous les tissus atteints : il faut alors se contenter d'un traitement palliatif, que nous indiquerons plus loin.

D'autre part, il est un grand nombre d'épithéliomas, nettement limités, de petites dimensions, n'avoisinant pas des régions importantes, répondant surtout au type du rodent ulcer des auteurs anglais, dans lesquels l'ablation au bistouri peut être avantageusement remplacée par une intervention plus simple.

Le curettage rend de grands services en pareil cas : la friabilité du tissu épithéliomateux, qui contraste avec sa consistance ferme, facilite l'ablation; celle-ci doit comprendre toute l'étendue du bord de la lésion et toute l'épaisseur des tissus malades, ne s'arrêtant que quand on rencontre la résistance caractéristique des tissus sains. Cette opération est

fréquemment suivie d'hémorrhagies en nappe ou en jets beaucoup plus abondantes que celles qui se produisent dans le curettage du lupus; la cautérisation ignée ne parvient parfois que difficilement à les arrêter et il faut recourir à l'emploi des hémostatiques, parmi lesquels nous recommandons particulièrement, avec M. Besnier, la solution concentrée d'antipyrine; si l'hémorrhagie résiste à ce moyen, on est souvent obligé de comprimer la plaie pendant un certain temps avec des tampons d'ouate hydrophile ou même de saisir les artères avec une pince et de les lier.

Le curettage ne doit d'ailleurs être considéré que comme la première phase de l'intervention, qu'il faut compléter par la cautérisation ignée de toute la surface cruentée ou par l'application de caustiques pulvérulents : le plus habituellement employé parmi ceux-ci est le chlorate de potasse pulvérisé finement, dont on applique une couche sur toute la surface curetée, couche qu'on renouvelle les 2 ou 3 jours suivants.

La cautérisation ignée, de préférence avec le galvano-cautère qu'on aura soin de ne porter qu'au rouge sombre afin de modérer (nous ne disons pas supprimer, car un écoulement sanguin succède presque toujours à cette intervention, quelque soin qu'on y prenne) les hémorrhagies, permet également de détruire à elle seule les épithéliomas de petite dimension; elle est surtout applicable aux épithéliomas multiples à forme acnéique. Elle peut encore, dans certains épithéliomas superficiels à marche serpigineuse, suffire à arrêter la progression de la lésion, plus facilement que le curettage.

Le pansement consécutif au curettage ou aux

cautérisations doit être fait antiseptiquement, suivant les règles indiquées à propos du traitement du lupus. (Voir T. I, p. 157.) La plaie sera surveillée attentivement et l'opération sera renouvelée aussitôt qu'on y verra apparaître un indice de repullulation.

Ces deux modes de traitement qui, dans les épithéliomas bénins, peuvent être appliqués par fractions, en plusieurs séances successives (Besnier), réussissent bien dans un grand nombre de cas; si cependant ils ne suffisaient pas à enrayer la marche de la maladie, on ne devrait pas attendre pour intervenir par le bistouri que les lésions soient devenues inopérables.

Les caustiques employés seuls leur sont de beaucoup inférieurs. Le nitrate d'argent doit être absolument proscrit et ne peut servir qu'à diriger la cicatrisation des plaies produites par la cautérisation ou la rugination, lorsqu'elles sont recouvertes de bourgeons non épithéliomateux (Besnier). Les pâtes caustiques n'ont aucun avantage sur le curettage et la cautérisation ignée, et sont loin d'être aussi électives que le prétendent leurs promoteurs ; aussi leur action est-elle ou incomplète ou trop étendue. Dans les formes acnéiques, on aura cependant parfois avantage à employer les cautérisations avec l'acide lactique ou avec l'acide acétique cristallisable préconisé par M. Arnozan (1).

Les badigeonnages avec une solution de bleu de méthylène (solution à 10 0/0 dans un mélange à parties égales de glycérine et d'alcool) peuvent être employés dans les épithéliomas bénins du visage et

(1) *Société française de Dermatologie*, avril 1890, et *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1890 p. 256.

semblent arrêter leur marche, à condition d'être précédés de l'avivement des surfaces par une cautérisation. M. A. Darier (1), qui a vanté ce topique, détruit d'abord la tumeur au moyen de cautérisations à l'acide chromique, de cautérisations ignées ou au moyen du bistouri ou de la curette, puis pratique des attouchements au bleu de méthyle. Nous avons fréquemment fait suivre la cautérisation ignée de badigeonnages au bleu de méthylène, et il nous a semblé que cette méthode mixte était préférable à la cautérisation seule. Les applications de bleu de méthylène doivent être répétées tous les 2 ou 3 jours jusqu'à cicatrisation complète et suivies d'un pansement au sublimé.

Les épithéliomas inopérables, et parmi eux il faut ranger tous les épithéliomas mélaniques qui subissent un coup de fouet formidable à la suite de la moindre intervention chirurgicale, ne doivent pas être abandonnés à eux-mêmes, ne serait-ce que par humanité pour les sujets qui en sont porteurs. D'ailleurs, les applications les plus anodines et les plus diverses ont parfois été suivies d'une amélioration considérable, parfois même d'une cicatrisation complète, quoique presque toujours temporaire. On devra donc, en pareil cas, faire des pansements antiseptiques avec des solutions non irritantes auxquelles on pourra joindre des badigeonnages avec une solution de bleu de méthylène à 2 ou 3 0/0 ou avec la teinture de thuya également préconisée par quelques auteurs, ou panser avec une solution de chlorate de potasse au 20e ou au 40e ou avec des poudres antiseptiques,

(1) *Annales de Dermatologie*, 1893, p. 731 ; *Académie de médecine*, 22 mai 1894.

telles que le dermatol, le salol, l'iodoforme, l'aristol, que M. Brocq (1) a vu dans un cas amener la réparation rapide d'une large ulcération épithéliomateuse.

Les sujets atteints d'épithéliomas doivent être prévenus de la possibilité de la récidive *in situ* de la lésion, récidive qui doit être traitée aussi près que possible de son début. Ils doivent également être prévenus de la possibilité de la transformation épithéliomateuse de lésions bénignes, d'apparence acnéique, ou séborrhéique. Lorsque celles-ci existent, elles doivent être traitées par les moyens appropriés : applications de savon noir, d'emplâtres salicylés ou autres, lotions savonneuses et alcoolisées, etc., au besoin même grattage ou cautérisation ignée suivis de pansements au chlorate de potasse ou au bleu de méthylène, avant même que leur nature épithéliomateuse ne soit devenue manifeste.

Carcinome

Exposé clinique et étiologique. — Le carcinome de la peau, le plus souvent secondaire à une lésion des organes profonds et plus spécialement au cancer mammaire, se traduit par le développement de nodosités du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noix, adhérentes à la peau, qui ne présente à leur niveau aucun changement de coloration ou devient d'un rouge plus ou moins intense, souvent violacé. Ces nodosités se réunissent souvent en grand nombre dans une région donnée, formant des tumeurs mamelonnées qui parfois s'ulcèrent, ou constituant une enveloppe dure et inextensible (cancer en cuirasse).

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 25 avril 1890.

Les ulcérations, bourgeonnantes et fongueuses, fournissent un liquide ichoreux et fétide. Les ganglions lymphatiques correspondants sont toujours envahis.

Traitement. — Le carcinome cutané ne peut être enrayé par aucun traitement. Il aboutit fatalement et rapidement à la généralisation cancéreuse, dont il n'est parfois que la traduction, et à la mort par cachexie.

Les pansements antiseptiques, et surtout les pansements secs au salol, au dermatol, à l'iodoforme, à l'aristol, purs ou mélangés à la poudre de quinquina ou de charbon, peuvent être employés pour atténuer l'odeur de ses sécrétions, en même temps qu'on calme par les opiacés les douleurs souvent très vives auxquelles il donne lieu.

Maladie cutanée de Paget.

Exposé clinique et étiologique. — James Paget a fait connaître une maladie cutanée occupant le plus souvent le mamelon, caractérisée par des lésions eczématoïdes auxquelles succède un cancer mammaire.

Au début, le mamelon, qui ne tarde pas à se rétracter, et l'aréole mammaire se transforment en une plaque d'un rouge vif, lisse, à contours nets et polycycliques, exulcérée par places et laissant suinter un liquide séreux qui se concrète en croûtes brunâtres ou jaunâtres, recouverte d'épiderme en d'autres. La plaque offre sur toute son étendue une consistance comparable à celle d'une feuille de parchemin. Cette période préépithéliomateuse dure plusieurs années, puis apparaît un cancer du sein ne différant pas des formes classiques de cette affection.

Des lésions semblables ont été observées en d'autres régions : scrotum, région fessière, etc., toujours avec les mêmes caractères cliniques.

Elles renferment des figures de psorospermies, mais la question de savoir si ces figures correspondent à des parasites reste ouverte, comme pour les autres maladies dans lesquelles elles ont été décrites.

La maladie de Paget se développe le plus souvent chez des femmes ayant dépassé l'âge de 40 ans.

Traitement. — La présence de figures de psorospermies a fait essayer dans le traitement de la maladie de Paget la série des parasiticides. Les substances qui semblent avoir le plus d'action à la période préépithéliomateuse sont les pommades à l'acide pyrogallique au 10ᵉ, à l'acide salicylique au 20ᵉ, les cautérisations au chlorure de zinc au 1/3 (J. Darier), et l'emplâtre de Vigo. On peut encore essayer les badigeonnages au bleu de méthylène et surtout faire des pansements antiseptiques. Lorsque les lésions résistent à ces traitements, il sera prudent de procéder à leur ablation par la rugination ou à leur destruction par la cautérisation ignée, mieux encore, s'il s'agit d'un sujet encore jeune et si la maladie marche rapidement, à l'ablation de la mamelle qui est destinée à être atteinte de cancer. Cette dernière opération ne devra pas être différée dès qu'on aura constaté les signes de l'envahissement cancéreux de la glande.

Cornes cutanées.

Exposé clinique. — On donne le nom de cornes cutanées à des productions dures, coniques ou plus souvent contournées sur elles-mêmes, de coloration grisâtre, rappelant plus ou moins par leur aspect et

leur structure histologique les cornes des animaux.

Ces lésions, qui s'observent surtout au cuir chevelu, à la face, sur le gland, reposent toujours sur une tumeur épithéliale et doivent être considérées comme le résultat d'une évolution spéciale des parties superficielles du tissu épithéliomateux ; elles ne semblent constituer des lésions autonomes que parce que la production cornée s'implante fréquemment sur toute l'étendue du néoplasme.

Traitement. — Le seul traitement applicable aux cornes cutanées est l'ablation de la base sur laquelle elles reposent, ablation suffisamment large pour comprendre toute l'étendue de la lésion épithéliomateuse ; cette ablation sera faite au bistouri plutôt qu'au moyen des cautérisations chimiques ou thermiques.

Sarcomes.

Exposé clinique et étiologique. — Les sarcomes de la peau peuvent être mélaniques ou non mélaniques.

Les sarcomes non mélaniques peuvent revêtir 2 types : sarcome généralisé primitif et sarcome localisé primitif.

Le sarcome généralisé primitif (sarcome pigmentaire de Kaposi) se traduit au début par un gonflement d'aspect œdémateux des extrémités (mains et pieds), puis par des taches d'aspect généralement livide ou rougeâtre; ces taches correspondent à de petites tumeurs dont le volume augmente lentement, en même temps que des tumeurs semblables se développent sur les autres segments des membres et sur le tronc. Les tumeurs, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette et plus, peuvent

occuper la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané, être sessiles ou pédiculées. Elles peuvent disparaître par résorption ou plus rarement s'ulcérer. La maladie aboutit ordinairement à la généralisation viscérale et à la mort.

Le sarcome localisé primitif se développe ordinairement sur un nævus, pigmentaire ou non, en particulier sur un nævus molluscoïde, et constitue une tumeur de volume variable, dure, sans changement de coloration de la peau, qui s'ulcère fréquemment. Il peut se généraliser si l'ablation n'en a pas été faite à temps.

Le sarcome mélanique, qu'on confond souvent, faute d'examen histologique, avec l'épithélioma mélanique, débute ordinairement au niveau ou au voisinage d'un nævus pigmentaire irrité. La tumeur, arrondie ou mamelonnée, de volume variable, de coloration ardoisée ou noire, peut rester longtemps stationnaire ou s'ulcérer et donner lieu à une ulcération recouverte de fongosités violacées ou noirâtres. Elle aboutit à la généralisation, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention chirurgicale, et à la mort rapide.

Traitement. — Le sarcome mélanique n'est justiciable d'aucune intervention thérapeutique : il récidive à peu près constamment à la suite de toute tentative d'extirpation, même faite largement ; la seule chance de quelque survie est précisément l'abstention de toute tentative de traitement opératoire. Il suffit de protéger la tumeur contre les irritations extérieures. Lorsqu'elle s'ulcère, on recourra aux topiques que nous avons indiqués comme palliatifs à propos des épithéliomas inopérables.

Le sarcome non mélanique localisé est au con-

traire une tumeur essentiellement susceptible d'être traitée chirurgicalement, à la condition que la généralisation ne se soit pas produite et que l'ablation soit complète ; elle devra donc être extirpée largement aussitôt son existence constatée.

Le sarcome généralisé primitif peut être guéri par le traitement arsenical, de préférence par les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler (Köbner) étendue de son volume d'eau, à dose progressive de 8 à 20 gouttes. Ce traitement doit, pour être efficace, être prolongé pendant un temps très long. Le traitement local des tumeurs, lorsqu'elles sont ulcérées, est le même que celui des tumeurs du mycosis fongoïde.

Colloïdome miliaire.

Exposé clinique. — Cette affection, décrite sous les noms de colloïd-milium (Wagner), colloïdome miliaire (Besnier), dégénérescence colloïde du derme (Feulard et Balzer), est une véritable rareté pathologique. Elle est constituée par le développement de petites saillies miliaires, jaune citron, transparentes, ayant l'aspect d'une vésicule, mais ne renfermant pas de liquide ; lorsqu'on les écrase, on constate qu'elles sont formées d'une matière gélatineuse translucide. Ces saillies, toujours nombreuses, occupent surtout le visage, principalement sa partie centrale, plus rarement les oreilles et les bras. Elles tendent à persister indéfiniment.

Traitement. — Le seul traitement applicable à cette affection, qui est plutôt une difformité qu'une maladie, est l'extirpation avec la curette tranchante. Cette opération ne présente aucune difficulté, en

raison de la mollesse du tissu morbide, et ne donne lieu qu'à un très faible écoulement sanguin ; elle sera suivie d'un pansement antiseptique.

MYCOSIS FONGOÏDE.

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous ce nom une affection caractérisée, à sa période d'état, par la présence de tumeurs de consistance ferme ou molle, de volume variable, pouvant aller jusqu'à celui du poing; ces tumeurs hémisphériques ou irrégulières, quelquefois pédiculées, ont une coloration rouge et un aspect vernissé ; elles tendent à s'ulcérer, et offrent à cette période un aspect comparable à celui de la coupe d'une tomate. Ces tumeurs sont précédées, sauf exceptions (Vidal et Brocq) très rares, par une période plus ou moins longue, durant parfois pendant 8, 10, 20 ans, dans laquelle la maladie se manifeste par des lésions cutanées plus ou moins généralisées : prurit souvent très intense, avec ou sans papules ortiées, érythrodermie généralisée avec infiltration des téguments et adénopathies volumineuses, et surtout lésions d'apparence eczémateuse ou lichénoïde.

La maladie a une marche progressive; les tumeurs se multiplient, la mort arrive par cachexie, sans généralisation viscérale, avec un retentissement ganglionnaire nul ou modéré. Les faits de guérison sont extrêmement rares; mais il n'est pas rare de voir, au cours de la maladie, un certain nombre de tumeurs rétrocéder spontanément.

Les causes du mycosis fongoïde sont totalement inconnues; le rôle des parasites observés par Rind-

fleisch, Vidal, etc., est encore loin d'être établi.

Anatomiquement, les tumeurs mycosiques sont constituées par un tissu adénoïde (réticulum avec cellules lymphoïdes) qui les a fait considérer par M. Ranvier comme une manifestation de la lymphadénie; cette opinion est contredite par les auteurs allemands, qui décrivent le mycosis fongoïde sous le nom de granulome fongoïde et le rapprochent de la sarcomatose cutanée (Kaposi, etc.); la plupart des dermatologistes français (Vidal, Besnier, Brocq) tendent à admettre cette dernière interprétation.

Traitement. — Un grand nombre de médicaments ont été essayés sans succès manifeste contre le mycosis fongoïde : l'iodure de potassium, le mercure, les alcalins, les préparations sulfureuses, le sulfate de quinine, etc.

L'arsenic, à l'emploi duquel on a été amené surtout par les relations supposées de l'affection avec la lymphadénie, mérite peut-être plus de confiance. Köbner, Marianelli (1) l'ont employé dans des cas terminés par la guérison. Il peut être administré par la voie gastrique, sous la forme de liqueur de Fowler, à doses croissantes, en ayant soin de le suspendre ou de diminuer les doses, s'il survient des phénomènes d'intolérance. Les injections de liqueur de Fowler, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans le tissu même des tumeurs mycosiques, ont été également préconisées. Cependant, la lenteur avec laquelle se manifestent leurs effets, la nécessité de les renouveler fréquemment découragent souvent le malade et le médecin. La liqueur de Fowler peut être injectée pure, ou additionnée de trois quarts

(1) *Giornale italiano delle malattie veneree*, 1892, p. 173.

d'eau de mélisse. Köbner (1) a atteint la dose quotidienne de 10 gouttes de liqueur de Fowler. Cette médication nécessite une surveillance très attentive et doit être suspendue dès que paraissent des phénomènes d'intoxication.

L'état général des sujets atteints de mycosis fongoïde nécessite souvent, outre l'usage de l'arsenic, celui de préparations toniques : quinquina, fer, huile de foie de morue, etc. Leurs voies digestives seront tout particulièrement surveillées, en raison de la fréquence de la diarrhée, qui vient ajouter un élément à la production de la cachexie et est parfois la cause prochaine de la mort.

Le *traitement local* varie suivant la période et les manifestations de la maladie.

Lorsque celle-ci se traduit par un prurit intense avec ou sans production de papules ortiées, le traitement sera celui du prurit et de l'urticaire ; le plus souvent, d'ailleurs, l'existence du mycosis fongoïde ne pourra alors être que soupçonnée ; le seul diagnostic porté sera celui de prurit ou d'urticaire chronique ; les lotions anti-prurigineuses, les enveloppements avec des compresses imbibées de solution de résorcine, d'ichthyol, etc., les applications de pommades à l'oxyde de zinc additionnées de menthol, de naphthol, etc., de glycérolé tartrique pourront procurer un certain soulagement, mais celui-ci sera de courte durée. Les applications de colles médicamenteuses pourraient également être tentées à cette période.

C'est encore à ces topiques, principalement sous la forme de pommades, qu'on aura recours dans les

(1) Köbner. *Congrès des médecins et naturalistes allemands*, 1886.

cas où la période prémycosique est caractérisée par des éruptions eczématiformes ou lichénoïdes.

Il n'y a, en réalité, dans la nature de ces éruptions aucune indication spéciale : leur traitement local est uniquement symptomatique.

Le traitement des tumeurs mycosiques ne présente malheureusement pas une base plus certaine que celui des lésions prémycosiques. Un topique véritablement actif et spécifique est encore à trouver.

Lorsque les tumeurs ne sont pas ulcérées, qu'elles siègent en des points où elles sont exposées à des frottements répétés ou à des irritations, elles seront protégées au moyen d'une couche d'ouate avec interposition d'une poudre inerte.

Les tumeurs ulcérées seront pansées avec des topiques antiseptiques humides, non irritants (solution de sublimé, d'acide phénique, de résorcine, de phéno-salyl, d'acide borique) ou secs (poudre d'acide borique, de salol, d'iodoforme, etc.). M. Besnier s'est bien trouvé de l'emploi d'une poudre contenant une partie de salol pour neuf parties de sous-nitrate de bismuth ; le pansement est complété par une couche de gaze recouverte d'ouate hydrophile. Il y aura avantage à alterner l'emploi de ces divers topiques.

Le naphthol camphré peut être utilisé pour les pansements, soit sous forme de pommades au dixième ou au vingtième, soit mieux encore à l'état pur en badigeonnages répétés chaque jour. On a vu parfois, sous l'influence de ces applications, le volume des tumeurs se réduire sensiblement. M. Brocq a eu recours, dans un cas, aux injections interstitielles de naphthol camphré dans les tumeurs, et a produit ainsi des eschares dont la chute laissait à nu des ulcéra-

tions qui, sous l'influence d'un pansement avec la même substance, se cicatrisaient rapidement; peu à peu, toutes les tumeurs ont disparu; le seul inconvénient de ce traitement résidait dans les démangeaisons insupportables que provoquait le pansement ouaté avec lequel on recouvrait les lésions. Cette substance mérite donc une mention particulière.

On s'est encore parfois servi avec avantage de l'ichthyol sous forme de pommades à 50 0/0 (1).

Vidal s'était servi, pour irriter et ulcérer la surface des tumeurs mycosiques et les détrure, de pommades à l'acide pyrogallique au dixième ou au cinquième; mais les propriétés toxiques de cette substance ne permettent de l'employer qu'avec les plus grandes précautions.

Lorsque les tumeurs sont gênantes en raison de leur siège, et que la région permet leur ablation, cette opération peut être faite avec d'autant plus de raison qu'un fait de M. Besnier montre qu'on n'a pas à craindre la récidive. Mais ce traitement chirurrurgical n'est jamais que palliatif, et ne saurait être appliqué à la totalité des tumeurs dont le sujet est porteur. M. Hallopeau (2) y a eu recours pour arrêter l'extension d'une lésion mycosique qui menaçait d'envahir les paupières.

LYMPHODERMIE PERNICIEUSE

Exposé clinique. — Kaposi a décrit sous ce nom une affection qui présente des relations assez étroites avec le mycosis fongoïde et se caractérise par des

(1) Blanc. *Journal of Cutaneous Diseases*, 1888.
(2) Cité par Brodier. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1121.

lésions eczémateuses diffuses ou en foyers, avec prurit intense, épaississement de la peau, puis par des nodosités cutanées et sous-cutanées mollasses ou dures, tendant à l'ulcération; les ganglions lymphatiques et la rate sont tuméfiés, il y a un certain degré de leucocythémie, l'état général s'altère et la mort survient dans la cachexie. A l'autopsie, les néoplasies cutanées ont les caractères des lésions lymphadéniques.

Traitement. — La thérapeutique paraît impuissante à arrêter la marche de cette affection.

Les indications sont les mêmes que dans le mycosis fongoïde; mais, en raison des relations évidentes de la lymphodermie avec la lymphadénie et la leucocythémie, l'emploi de l'arsenic à doses élevées et surtout les injections hypodermiques de liqueur de Fowler sont plus particulièrement indiqués.

XANTHOME

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous le nom de xanthome ou de xanthélasma une affection ou plutôt des affections caractérisées par le développement de taches ou de nodosités de coloration jaune ou jaunâtre.

Au point de vue clinique, on peut en distinguer deux variétés, bien que leurs limites ne soient pas nettement établies et que les lésions anatomiques soient identiques de part et d'autre :

1° Le *xanthome congénital*, ou *juvénile*, se développant dans l'enfance ou l'adolescence, affection souvent familiale, dans laquelle les lésions sont constituées ordinairement par des tumeurs de colo-

ration jaunâtre, parfois rougeâtre, variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une noisette ou d'un œuf de pigeon.

Ces tumeurs, généralement symétriques, occupent de préférence les fesses, la partie postérieure des coudes, le sommet des articulations des doigts, les genoux, la face dorsale du pied, la région postérieure de celui-ci au voisinage du tendon d'Achille, plus rarement le tronc, exceptionnellement la face.

Des lésions analogues peuvent se développer sur les tendons.

L'affection ne s'accompagne pas de lésions du foie ni d'ictère; elle évolue lentement et tend à se généraliser.

Il s'agit d'une lésion, d'origine congénitale, analogue aux nævi.

2° Le *xanthome acquis*, qui peut donner lieu au développement de tumeurs nombreuses, occupant la plupart des sièges propres au xanthome congénital, mais généralement moins volumineuses; le plus souvent il se traduit par la présence de papules du volume d'un grain de mil à celui d'un pois, de coloration jaune pâle, dont les sièges de prédilection sont la région fessière et les plis de la paume des mains, ou par des taches d'un jaune brunâtre, souvent feuille morte ou chamois, occupant les paupières. Il s'accompagne fréquemment de coloration brunâtre de la totalité du tégument.

Le xanthome acquis se développe presque toujours chez des sujets éprouvant quelque trouble des fonctions hépatiques (lésions hépatiques de même ordre que les lésions cutanées, lithiase biliaire, cirrhoses du foie). Dans un certain nombre de cas il est en relation avec le diabète, et ses manifesta-

tions suivent les progrès de la glycosurie. Il peut être considéré comme la conséquence de troubles nutritifs en rapport avec la diathèse arthritique et ses manifestations viscérales.

Traitement. — Dans le xanthome acquis, les relations étroites de l'affection avec l'arthritisme, les troubles des fonctions hépatiques et le diabète imposent un traitement général en rapport avec ces notions : l'usage prolongé des alcalins, à dose suffisante, est indiqué dans la plupart des cas et donne, surtout dans les cas de diabète justiciable de ce traitement, des résultats très appréciables; les antiseptiques intestinaux, les mercuriaux, les révulsifs sur la région hépatique, l'hydrothérapie contribuent également à l'amélioration des lésions xanthélasmiques quand elles sont en rapport avec une lésion ou un trouble fonctionnel du foie révélé par l'examen complet des urines. Nous devons nous borner à ces indications générales.

M. Besnier a obtenu des succès au moyen de l'emploi de l'huile phosphorée (1 à 6 milligrammes de phosphore par jour pendant 8 à 10 jours), suivi de celui de la térébenthine (5 à 10 grammes par jour pendant un mois). Cette médication, destinée à provoquer des modifications dans la substance grasse qui constitue la plus grande partie des tumeurs xanthomateuses, demande une extrême prudence et une surveillance assidue, et M. Besnier se contente aujourd'hui d'associer à la cure alcaline l'usage de l'essence de térébenthine.

Le *traitement local*, seul applicable au xanthome congénital, se réduit actuellement à l'ablation au bistouri des tumeurs gênantes par leur situation ou leur volume, ou à leur destruction par la cautérisation

ignée. L'électrolyse peut encore être employée dans ce but. Les applications de caustiques semblent moins recommandables; mais il faut reconnaître que peu d'essais ont été tentés dans ce sens et que la question demande de nouvelles études; les injections interstitielles de caustiques ou de dissolvants chimiques, à doses convenables, mériteraient tout particulièrement d'être tentées.

CHAPITRE VII

AFFECTIONS DES ORGANES DIFFÉRENCIÉS DE L'ÉPIDERME.

Nous étudierons successivement dans ce chapitre :

1° Les affections des glandes sudoripares ;
2° Les affections des glandes sébacées ;
3° Les affections des poils et des follicules pileux ;
4° Les affections des ongles.

AFFECTIONS DES GLANDES SUDORIPARES

Les glandes sudoripares peuvent être le siège de troubles fonctionnels : suppression de la sécrétion sudorale (anhidrose), exagération de celle-ci (hyperhidrose), modifications de ses qualités (bromhidrose, chromhidrose), ou de lésions désignées sous le nom de dyshidrose, de sudamina, de miliaires, d'hidrosadénites, et enfin de tumeurs diverses.

Troubles de la sécrétion sudorale.

ANHIDROSE

Exposé étiologique. — La diminution ou la suppression de la sécrétion sudorale est permanente ou transitoire.

Permanente, elle s'associe presque toujours à un léger degré d'ichthyose ou constitue à elle seule une forme larvée d'ichthyose, ou bien s'observe chez les sujets atteints de prurigo de Hebra; elle peut aussi être due à l'involution sénile des glandes sudoripares.

Transitoire, elle dépend, lorsqu'elle est généralisée, d'un état morbide tel que le diabète et les diverses polyuries, la tuberculose ou le cancer; localisée, elle est la conséquence d'une affection grave du tégument : psoriasis, eczéma, lichen, dermatite exfoliatrice, etc., et ne constitue qu'un symptôme accessoire de ces maladies.

Traitement. — L'anhidrose généralisée est seule justiciable de la thérapeutique. Outre le traitement général des états dyscrasiques dans le cours desquels on l'observe, elle peut être combattue par les bains et surtout les bains de vapeur, le massage, les frictions sèches ou excitantes, les médicaments diaphorétiques, tels que le jaborandi, ou les injections de pilocarpine qui doivent être réservées aux cas où l'anhidrose paraît être la cause de troubles sérieux de la santé générale.

HYPERHIDROSE.

Exposé étiologique. — L'exagération pathologique de la sécrétion sudorale se rencontre dans un grand nombre d'états morbides généraux (miliaire, fièvres, cachexies, etc.), où elle constitue un symptôme rentrant, au point de vue clinique et thérapeutique, dans le domaine de la médecine générale.

En dehors de ces faits sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre ici, l'hyperhidrose peut être généralisée ou localisée (éphidrose).

L'hyperhidrose généralisée peut survenir accidentellement chez les sujets nerveux, à la suite d'une émotion vive; les arthritiques et surtout les arthritiques obèses y sont sujets sous l'influence des exercices même modérés.

L'hyperhidrose localisée peut occuper une moitié du corps (hémihyperhidrose) dans quelques affections nerveuses, entre autres la syringomyélie; elle peut se montrer sur le territoire de distribution cutanée d'un nerf à la suite d'une névrite de cause variable.

Le plus souvent les hyperhidroses localisées sont symétriques et s'observent chez des sujets arthritiques et nerveux.

On peut les observer aux aisselles, où, chez certains sujets, la sueur prend une odeur particulière et parfois une coloration jaunâtre, dans la région inguinale, particulièrement chez les sujets qui ont une tendance à l'obésité.

Très fréquemment, elles occupent la paume des mains, chez les sujets arthritiques et nerveux ou lymphatiques, et la plante des pieds chez les mêmes sujets, surtout chez ceux qui se livrent à un exercice fatigant : déterminant la macération de l'épiderme et son ramollissement, elles provoquent facilement le soulèvement des couches superficielles de la peau et le développement d'ampoules, ce qui entrave la marche; fréquemment l'altération de la sueur lui donne une odeur particulièrement repoussante (Voir plus loin le paragraphe consacré à la bromhidrose, p. 106).

Traitement. — Malgré la tradition populaire qui attribue aux « sueurs rentrées » le développement d'un grand nombre d'affections fort disparates, nous croyons que toutes les hyperhidroses doivent être

traitées et guéries si possible : les hyperhidroses généralisées sont une cause d'affaiblissement pour l'organisme, qu'elles privent de liquide sans entraîner l'élimination d'une bien grande quantité de matières solides; les hyperhidroses localisées constituent souvent de véritables infirmités, qu'il n'y a aucun avantage à laisser persister.

Les *hyperhidroses généralisées* peuvent être modifiées par l'administration de la belladone et surtout de l'atropine (un demi à un milligramme par jour), du tanin, de l'agaric; chez les sujets nerveux, la valériane, les bromures et surtout les douches froides peuvent diminuer la tendance aux hyperhidroses ; les toniques et surtout l'iodure de fer chez les sujets lymphatiques, les alcalins chez les arthritiques peuvent remplir le même rôle; en même temps, on réglera l'alimentation, on diminuera la quantité de boissons tout en administrant les diurétiques, et on combattra la constipation par les laxatifs.

Les poudres inertes, additionnées de 1 à 3 0/0 d'acide salicylique, employées largement, peuvent également servir à combattre les hyperhidroses généralisées.

Dans les *hyperhidroses localisées*, les médicaments internes agissant sur les glandes sudoripares sont beaucoup moins efficaces : l'atropine en particulier est presque sans action; le traitement interne doit donc s'adresser surtout à l'état général du malade.

Le traitement local de ces affections consiste en première ligne dans le maintien de la propreté absolue des régions hyperhidrosiques au moyen de lavages répétés chaque jour et au besoin plusieurs fois par jour : ces lavages seront faits avec des solutions légèrement antiseptiques (eau boriquée, solution de

phéno-saly au 5/100) ou astringentes (décoction de feuilles de noyer, de feuilles de ronce, de rose de Provins, d'écorce de chêne, eau blanche), employées en lotions dans les hyperhidroses des plis axillaires ou inguinaux; pour les hyperhidroses palmaires et plantaires on aura recours aux bains locaux et aux lavages à l'eau tiède avec des savons à l'acide salicylique, au naphthol, au goudron ou au soufre.

Après le lavage, l'application de poudres inertes pour les hyperhidroses des plis, de poudres légèrement salicylées (2 à 5 0/0) pour les hyperhidroses palmaires et plantaires suffira dans beaucoup de cas à diminuer considérablement ou à faire disparaître les troubles fonctionnels.

En outre, les linges en rapport avec les régions hyperhidrosiques devront être fréquemment changés; dans l'hyperhidrose axillaire, on supprimera les tissus caoutchoutés que les femmes portent d'autant plus volontiers qu'elles transpirent plus facilement et qui exagèrent localement la sécrétion sudorale; dans les hyperhidroses plantaires, on exigera le port de chaussures découvertes et on fera interposer entre les orteils des tampons d'ouate hydrophile ou mieux des morceaux de linge imprégnés de poudres inertes pour absorber la sueur.

Ces moyens échouent cependant fréquemment dans les hyperhidroses palmaires et plantaires et doivent alors faire place aux procédés de traitement que nous indiquerons à propos des bromhidroses.

BROMHIDROSE OU SUEURS FÉTIDES

Exposé étiologique. — La bromhidrose peut accompagner toutes les hyperhidroses. Il est des sujets, presque toujours des nerveux, dont tout le

corps exhale une odeur fétide due à la composition spéciale de leur sécrétion sudorale.

Le plus souvent, la bromhidrose est localisée et coïncide avec les hyperhidroses axillaires et surtout plantaires : la décomposition des matériaux solides de la sueur, probablement sous l'influence d'agents microbiens, entretenue par la malpropreté et par la persistance, dans les vêtements, de la sueur déjà altérée, en est la cause. Les troubles dyspeptiques, l'abus du café, les troubles menstruels ont été incriminés dans la production de la bromhidrose ; les sujets jeunes et ceux qui se livrent à des marches prolongées sont particulièrement atteints de bromhidrose plantaire.

Traitement. — Outre le traitement interne et les soins locaux de propreté que nous avons indiqués à propos du traitement des hyperhidroses, on a proposé contre la bromhidrose un nombre considérable de topiques dont la multiplicité suffirait déjà à elle seule à faire soupçonner l'insuffisance réelle.

L'acide salicylique est une des substances qui agissent le plus efficacement contre la bromhidrose ; c'est lui que nous conseillons d'employer tout d'abord, sous forme de poudre de talc contenant 3 à 10 0/0 d'acide salicylique ou de salicylate de bismuth ; à doses plus élevées, il provoquerait la chute rapide de l'épiderme et rendrait la marche pénible ; les pommades renfermant 2 à 10 0/0 d'acide salicylique, les badigeonnages avec l'alcool salicylé peuvent encore être employés.

Les badigeonnages avec une solution renfermant 0,20 à 1 0/0 de permanganate de potasse, les applications de semelles de toile ou de papier-buvard trempées dans une solution de permanganate de potasse au centième, les poudres renfermant 5 0/0 de la

même substance sont encore des préparations très recommandables pour le traitement de la bromhidrose plantaire, mais ont l'inconvénient d'altérer les bas et chaussettes.

Les badigeonnages avec la solution de perchlorure de fer du Codex additionnée de 3/4 de glycérine ou d'eau peuvent encore être employés, mais nous ont paru moins efficaces que les traitements précédents.

Kaposi recommande le naphthol en solution à 5 0/0 dans l'alcool étendu d'un dixième de glycérine et en poudre à 2 0/0.

Hebra vantait l'application d'un emplâtre composé de parties égales d'onguent diachylon et d'huile de lin, qu'il faisait renouveler deux fois par jour en ayant soin de ne pas laver; au bout de dix à douze jours, il le remplaçait par des poudres inertes; l'épiderme tombait alors, laissant à découvert une peau saine.

On a encore préconisé les badigeonnages avec une solution de tanin, les onctions avec une pommade à l'ichthyol à 40 0/0 (Unna), les préparations mercurielles, le sulfate de zinc, l'ammoniaque diluée, l'acide tartrique en poudre pure ou mélangée à des poudres inertes, etc.; les badigeonnages avec une solution d'acide chromique à 5 0/0 en ayant soin de faire prendre auparavant un bain de pieds et de sécher avec soin la peau ont donné de bons résultats dans l'armée prussienne.

CHROMHIDROSE

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous le nom de chromhidrose ou sueurs colorées des états pathologiques dans lesquels la sueur, renfermant des substances chromatiques, présente une coloration variable ou forme en se desséchant un enduit coloré.

La coloration jaune ou rouge de la sueur au niveau de l'aisselle et des parties génitales peut être due à la présence de parasites qui forment sur les poils des concrétions adhérentes de coloration brunâtre ou rouge; cette affection a été désignée sous le nom de *lepothrix* et est souvent décrite avec les affections des poils. Nous croyons qu'elle doit être maintenue dans les troubles de la sécrétion sudorale.

La chromhidrose peut encore se produire sous l'influence d'émotions, surtout chez les femmes hystériques; mais ces sueurs colorées, jaunes, bleues, vertes, rouges ou noires, sont plus souvent simulées que réelles et, malgré des recherches déjà nombreuses suscitées par la bizarrerie de ce phénomène, nous conservons, sur la plupart des faits cités, un scepticisme reposant sur la difficulté de déjouer la simulation chez les malades de cet ordre. Nous croyons que, si la tendance à la simulation est morbide chez eux, il ne faut pas, sans des examens attentifs et une surveillance vigilante et prolongée, admettre la nature pathologique d'une sueur ou d'un enduit paraissant consécutif à la dessiccation d'une sécrétion sudorale.

Les régions dans lesquelles on a observé la chromhidrose sont surtout les paupières, l'abdomen, le mamelon, les bras et les pieds.

Traitement. — La chromhidrose d'origine parasitaire doit être traitée par les lotions de sublimé au millième et les applications de pommade soufrée, en même temps qu'on coupe les poils recouverts de nodosités parasitaires.

Dans les autres formes de chromhidrose, le traitement consiste, outre la thérapeutique générale appropriée aux affections nerveuses dans lesquelles on l'observe, dans les lavages répétés de la région avec

des solutions aqueuses ou alcooliques, susceptibles de dissoudre la matière colorante rencontrée.

Lésions diverses des glandes sudoripares.

DYSHIDROSE

Exposé clinique et étiologique. — On désigne sous le nom de dyshidrose (cheiro-pompholix de Hutchinson) une affection caractérisée par le développement de vésicules transparentes et fermes, qui a été attribuée à un obstacle à l'excrétion de la sueur, l'afflux de liquide comprimant les conduits des glandes sudoripares et déterminant leur occlusion.

Bien que cette théorie soit des plus contestables, nous rangeons la dyshidrose dans le groupe des maladies des glandes sudoripares, faute d'une explication pathogénique plus satisfaisante et aussi en raison de ses relations indiscutables avec des troubles de la fonction sudorale.

Les vésicules de dyshidrose, confondues à tort avec celles de l'eczéma, sont résistantes, remplies d'un liquide d'abord transparent qui peut se troubler ultérieurement; elles rappellent l'aspect d'un grain de sagou cuit inséré dans la peau et peuvent présenter des dimensions variables, depuis celles d'un grain de mil jusqu'à celles d'une lentille; elles peuvent se réunir les unes aux autres pour former des phlyctènes de forme irrégulière.

Leur développement s'accompagne d'une sensation de démangeaison, de brûlure légère ou de tension.

Elles se rompent ou se dessèchent et sont suivies d'une desquamation d'épaisseur et d'étendue variables, produisant dans les cas intenses la chute

de larges lambeaux épidermiques, sous lesquels la peau est rouge, luisante, douloureuse, mais ne suinte pas comme dans l'eczéma.

La dyshidrose se développe le plus souvent sur les extrémités, sur les bords latéraux des doigts dans ses formes légères, sur les faces dorsale et palmaire des doigts et des mains dans ses formes plus intenses; elle peut encore s'observer au cou, sur les membres, se généraliser presque dans quelques cas rares; il est exceptionnel qu'elle occupe la face.

Elle s'observe au printemps et en été, au moment où la transpiration devient normalement plus abondante; elle survient souvent à la suite d'exercices exagérés, d'exposition prolongée au soleil, parfois après une émotion vive.

Certains sujets la voient reparaître régulièrement chaque année sous l'influence des mêmes causes : ce sont généralement des arthritiques ou des lymphatiques entachés de nervosisme.

Traitement. — Le *traitement interne* n'a aucune influence sur la dyshidrose une fois développée; il ne peut servir qu'à en prévenir le retour, en s'aidant des indications fournies par l'état général du sujet.

Pendant le cours des poussées de dyshidrose, les fonctions digestives doivent être surveillées attentivement, on doit écarter du régime alimentaire toutes les substances susceptibles de déterminer un afflux de sang vers la peau.

Le *traitement local* est destiné à faciliter la rupture des vésicules et la desquamation épidermique, tout en calmant l'irritation du tégument.

Dans les formes légères, communes et dans les formes moyennes où les vésicules sont peu volumi-

neuses et isolées, il consiste essentiellement dans les bains locaux et tièdes d'eau amidonnée, d'eau de son, répétés une ou deux fois par jour, dans des bains généraux répétés tous les deux jours si la dyshidrose est très étendue ; après le bain, les parties malades sont recouvertes de poudre d'amidon ou de talc additionnée de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique.

Lorsque les vésicules sont volumineuses, réunies entre elles en formant des phlyctènes, il y a avantage à les percer avec une aiguille ou avec des ciseaux aseptisés, parfois même à détacher la couche épidermique, puis à panser comme une brûlure au liniment oléo-calcaire.

Lorsque l'éruption est très abondante, le traitement est celui de l'eczéma aigu : enveloppements humides avec des compresses imbibées de solutions antiseptiques faibles, et plus tard applications de pommades ou de pâtes à l'oxyde de zinc salicylées, ou de vaseline boriquée.

Ces pommades sont continuées jusqu'à reproduction d'un épiderme suffisamment résistant, en même temps qu'on protège les parties malades contre les irritations extérieures, au moyen de linges ou de gants fins.

SUDAMINA ET MILIAIRES

Exposé clinique et étiologique. — Ces lésions sont constituées par des vésicules remplies de liquide sudoral et survenant à la suite de transpirations abondantes.

Les *sudamina*, formés de vésicules transparentes, renfermant un liquide clair, sans rougeur périphérique, s'observent dans le cours de diverses maladies générales, le typhus et la fièvre typhoïde en parti-

culier. Ils ne présentent aucun intérêt au point de vue spécial de la dermatologie.

Les *miliaires* sont constituées par des vésicules plus petites, acuminées, transparentes ou opalines, entourées d'une aréole inflammatoire. Les vésicules peuvent être si peu développées qu'elles passent inaperçues sur les taches rouges qui les entourent : l'éruption a alors l'aspect d'une roséole (*roséole sudorale*).

Les éruptions de miliaire sudorale peuvent s'observer dans diverses maladies infectieuses, coïncidant ou non avec des sudamina; elles sont un des symptômes primordiaux de la suette miliaire.

Elles peuvent aussi se développer à la suite de transpirations abondantes, pendant la saison chaude, chez les sujets jeunes, à peau fine; parfois alors elles forment des placards plus ou moins étendus, dans les régions soumises pendant les efforts musculaires à une pression qui a exagéré la sécrétion de la sueur ou entravé son excrétion.

Traitement. — Outre le traitement général de l'affection dans le cours de laquelle elles se montrent et, s'il y a lieu, l'emploi des toniques chez les sujets qui en sont atteints en dehors des maladies générales, ces éruptions ne réclament qu'un traitement local très simple : lotions émollientes à l'eau de son ou à l'eau de camomille, bains d'amidon, larges applications de poudres inertes additionnées ou non d'une petite quantité d'acide salicylique ou d'acide borique.

INFLAMMATIONS DES GLANDES SUDORIPARES (HIDROSADÉNITES)

Exposé clinique et étiologique. — Les inflammations des glandes sudoripares sont encore mal

connues. On doit cependant dès maintenant leur rapporter :

1° Les *abcès tubéreux* de l'aisselle, dont le siège anatomique a été déterminé par M. Verneuil, mais dont l'étude est du ressort de la chirurgie ;

2° Les *hidrosadénites disséminées*, constituées par des nodules du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil, durs, indolents, occupant la face profonde du derme ou l'hypoderme, augmentant peu à peu de volume et se transformant en papules rouges surmontées d'une vésicule ou d'une pustule ; la rupture de ces éléments est suivie de la production d'une croûte dure, adhérente, enchâssée dans le derme, surmontant une petite ulcération creusée en forme de puits et finalement d'une cicatrice déprimée.

Ces lésions, qui ont été décrites encore sous le nom d'*acnitis* et de *folliclis* (Barthélemy), se produisent par poussées ou successivement et peuvent siéger sur toutes les régions du corps, surtout sur la face et le cuir chevelu, les lombes et les membres du côté de l'extension.

Leurs causes ne sont pas déterminées : il y a sans aucun doute lieu de faire intervenir des agents microbiens ; mais on ne sait s'ils viennent de l'extérieur ou s'ils sont amenés par la circulation, comme tendrait à le faire supposer la multiplicité des lésions.

Leur **traitement** se ressent de l'insuffisance des notions étiologiques.

En dehors de l'antisepsie intestinale, qui est peut-être susceptible de modérer la tendance à l'inflammation des glandes cutanées, comme on l'observe dans le furoncle, ou d'empêcher le transport des agents pathogènes par le sang, on est réduit à l'em-

ploi des lotions antiseptiques, des emplâtres occlusifs et, lorsque la réparation des lésions se fait lentement, aux cautérisations ignées.

TUMEURS DES GLANDES SUDORIPARES

En dehors de l'hidrocystome de Robinson et de quelques épithéliomas, qui ont ces glandes pour point de départ (voir *Epithéliomas*, T. II, p. 79), les tumeurs jusqu'ici connues des glandes sudoripares sont des lésions congénitales, qui ont été étudiées avec les nævi (Voir T. I, p. 28).

Hidrocystome.

Exposé clinique et étiologique. — Robinson (1) a donné ce nom à de petites tumeurs remplies de liquide citrin, constituées par une dilatation des glandes sudoripares, qui avaient été jusqu'alors confondues avec la dyshidrose.

Ces tumeurs, dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un pois, sont incluses dans le tégument, ou font une saillie variable à sa surface; elles ont une coloration blanc jaunâtre ou bleuâtre. Elles occupent la face, surtout au niveau de la partie antérieure du front, du pourtour des yeux et des joues, et sont toujours en nombre assez considérable. Très apparentes en été, surtout après l'exposition à la chaleur, elles s'affaissent pendant la saison froide et disparaissent presque complètement pour reparaître au printemps.

Elles s'observent surtout chez les femmes exposées

(1) *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1893, p. 293.

par leur profession (cuisinières, blanchisseuses) à l'action de la chaleur, mais peuvent se rencontrer également chez l'homme. Elles se développent toujours chez des sujets qui ont des transpirations abondantes.

Traitement. — Cette affection n'entraînant avec elle aucun trouble fonctionnel, et devant fatalement tout à la fois disparaître spontanément et se reproduire par la suite, n'exige aucun traitement. On peut se borner à conseiller une médication générale destinée à combattre la tendance à la transpiration.

Lorsque les malades tiennent à être débarrassés des lésions cutanées, on peut inciser les petites tumeurs au bistouri et cautériser leurs cavités avec le crayon de nitrate d'argent, ou mieux encore les détruire au moyen des cautérisations ignées.

AFFECTIONS DES GLANDES SÉBACÉES

Nous étudierons dans ce chapitre les affections des glandes sébacées, les séborrhées et les acnés.

Séborrhées.

Nous rangeons, en vertu de l'usage, les séborrhées parmi les affections des glandes sébacées. En réalité, il résulte des recherches modernes, et en particulier de celles de Unna, que les affections désignées sous le nom de séborrhées ont aussi bien et peut être plus pour siège les glandes sudoripares que les glandes sébacées.

Actuellement, les séborrhées doivent être définies : des affections caractérisées par des troubles de

sécrétion des glandes de la peau, donnant lieu à la production soit d'un liquide huileux, soit de squames plus ou moins grasses.

Les limites de la séborrhée et de l'acné sont assez difficiles à trancher, les deux affections coïncidant fréquemment.

Nous ne décrirons dans ce chapitre que les séborrhées simples, renvoyant aux chapitres de l'eczéma (Voir T. I, p. 371) et de l'alopécie (Voir T. II, p. 159) pour ce qui concerne l'eczéma séborrhéique et l'alopécie séborrhéique.

Nous devons étudier séparément les séborrhées des régions pilaires et celles des régions glabres comprenant les unes et les autres plusieurs types cliniques.

SÉBORRHÉES DES RÉGIONS PILAIRES

Exposé clinique et étiologique. — Leur siège le plus habituel est le cuir chevelu, mais on peut les rencontrer également aux sourcils, plus rarement au niveau des cils et de la barbe.

Elles peuvent revêtir des formes cliniques différentes.

La *séborrhée sèche*, encore connue sous le nom de *pityriasis du cuir chevelu*, est caractérisée par la présence de squames de petites dimensions, sèches et fines, de coloration grisâtre, sans autre lésion appréciable du cuir chevelu, ou avec atrophie ou tuméfaction légère de celui-ci. Cette affection, très fréquente, s'accompagne souvent d'alopécie plus ou moins prononcée.

Elle occupe surtout la partie supérieure du crâne.

Dans quelques cas, les squames sont épaisses, imbriquées les unes sur les autres, et forment par places

des couches grisâtres, que les cheveux traversent obliquement; en soulevant ceux-ci, on détache des productions squameuses d'aspect fibreux, d'où le nom de *teigne amiantacée* donné à ces formes intenses de la séborrhée sèche.

La *séborrhée grasse* est caractérisée par la formation de croûtes grisâtres ou jaunâtres, d'aspect et de consistance plus ou moins nettement graisseux, au-dessous desquelles le cuir chevelu est parfois humide. Ces productions constituent les *croûtes laiteuses* des enfants; elles s'observent également, mais plus rarement, chez les adultes, où elles ont tendance à déborder le cuir chevelu.

La *séborrhée huileuse*, encore désignée sous le nom d'*acné sébacée fluente* ou *huileuse*, mériterait mieux le nom d'*hyperhidrose huileuse;* elle est caractérisée par une sécrétion de liquide gras, plus ou moins abondante, qui enduit les cheveux et s'accompagne fréquemment de la chute de ceux-ci.

Les lésions précédentes peuvent coïncider avec des lésions eczémateuses plus ou moins manifestes et constituent alors l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, que nous avons fait rentrer dans les eczémas. (Voir T. I, p. 398.)

Les diverses formes de séborrhée s'observent chez les adolescents et surtout chez les adultes; chez l'enfant, on n'observe guère que la séborrhée grasse, dans la production laquelle le manque de soins de propreté joue un rôle important.

Les adolescents et les adultes atteints de séborrhée sont le plus souvent des arthritiques, plus rarement des lymphatiques et des anémiques; chez ces derniers, on observe surtout la forme huileuse.

Les troubles digestifs, la constipation habituelle,

une alimentation défectueuse, trop riche en graisses, en substances avariées ou excitantes, les troubles des organes génitaux, le surmenage physique ou intellectuel, et la convalescence des maladies graves, parmi lesquelles il faut faire une place importante à la variole, sont les causes du développement, de la persistance ou de l'exagération de ces lésions.

Des causes locales interviennent également dans leur production : ce sont l'absence de soins de propreté du cuir chevelu, l'abus des préparations cosmétiques grasses et irritantes, le port trop prolongé de coiffures lourdes et chaudes.

Des parasites divers ont été accusés de produire les séborrhées, et surtout la séborrhée sèche, mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour établir leur action réelle.

Traitement. — Le *traitement général* des séborrhées du cuir chevelu se confond avec celui des eczémas : comme dans ces derniers, on se préoccupera de l'état constitutionnel des sujets et des troubles viscéraux qu'ils peuvent présenter ; nous ne pouvons revenir une fois de plus sur les indications que nous avons formulées à plusieurs reprises et sur lesquelles nous avons insisté en particulier à propos des eczémas (Voir T. I, p. 379) ; ajoutons seulement que l'arsenic est plus souvent indiqué dans les séborrhées que dans les eczémas, cette substance paraissant activer la pousse des cheveux dont la vitalité est souvent compromise.

Au point de vue de l'hygiène alimentaire, on devra particulièrement réduire la quantité de graisses absorbées, et on interdira les aliments irritants ou avariés (conserves, poissons, fromages fermentés, etc.).

L'*hygiène locale* ne devra pas être négligée, les malades devront se couvrir la tête le plus légèrement possible, et le moins longtemps possible, ne jamais la laver à l'eau froide, ne pas se servir de brosses trop rudes ou de peignes à dents trop rapprochées ou trop pointues.

Les cheveux doivent autant que possible être tenus courts. Chez l'homme et chez l'enfant il n'y a aucune difficulté à l'obtenir et aucun inconvénient à l'exiger. Chez la femme, nous croyons que la même règle doit être suivie quand la séborrhée est abondante et accompagnée d'une alopécie prononcée ; les soins sont plus faciles à exécuter, et la repousse ultérieure des cheveux est singulièrement favorisée ; on peut d'ailleurs se contenter de faire couper les cheveux dans les parties où les lésions sont le plus accusées ; mais, dans la plupart des cas, on peut parfaitement traiter la séborrhée sans exiger le sacrifice de la chevelure.

Le *traitement local* proprement dit consiste surtout dans l'emploi des préparations soufrées.

Dans les formes sèches, les pommades constituent le meilleur mode d'application du soufre. La pommade soufrée au dixième peut être prescrite ; mais il est préférable de se servir de la pommade que prescrit habituellement M. Besnier, pommade composée de 5 à 10 grammes de soufre, de 50 centigrammes à 1 gramme d'acide salicylique, de résorcine et de baume du Pérou pour 50 grammes de vaseline et de lanoline. S'il existe un certain degré d'irritation du cuir chevelu, on peut porter la dose de baume du Pérou à 2, 3 ou 5 grammes. Cette pommade est appliquée le soir, chaque jour au début du traitement lorsque les lésions sont accusées, puis à

intervalles plus éloignés ; on doit recommander aux malades de l'appliquer directement sur le cuir chevelu, en écartant les cheveux, qu'il est inutile d'en enduire.

Il est préférable de faire laver la tête à l'eau chaude et au savon doux de toilette, au savon de naphthol ou avec la décoction de bois de Panama le lendemain des applications de pommade ; mais les malades trouvent souvent cette obligation fastidieuse et ils peuvent ne faire les lavages que tous les 2 ou 3 jours, à la condition d'employer seulement une petite quantité de pommade et de la déposer exactement sur le cuir chevelu, afin de ne pas former un enduit de soufre sur les cheveux.

Dans les séborrhées grasses, le soufre peut encore être prescrit sous forme de pommade, et spécialement la pommade que nous avons empruntée à M. Besnier, dans laquelle nous conseillons de porter la dose de baume du Pérou à 2 ou 3 grammes. Il est souvent préférable de le prescrire sous forme de lotions analogues à celles qui servent dans le traitement de l'acné (Voir T. II, p. 431); ces badigeonnages sont répétés aux mêmes intervalles que les applications de pommades; le malade doit avoir soin de ne pas laisser couler la lotion sur la peau voisine du cuir chevelu qu'elle pourrait irriter; le badigeonnage étant fait le soir, le soufre est enlevé le lendemain matin au moyen d'un lavage à l'eau savonneuse chaude ou avec la décoction d'écorce de bois de Panama.

Les poudres soufrées ont l'avantage de ne pas mouiller le cuir chevelu ; elles peuvent remplacer les pommades et les lotions dans les formes précédentes, mais sont plutôt applicables dans les formes huileuses qui supportent mal les préparations grasses

ou liquides. En pareil cas, on se trouve bien de l'emploi d'une poudre renfermant 10 à 15 grammes de soufre précipité pour 1 à 3 grammes d'acide salicylique dans un mélange de poudre d'amidon et de talc ou d'oxyde de zinc. Cette poudre est appliquée le soir, avec une légère friction, et enlevée le lendemain matin au moyen d'eau savonneuse chaude.

Le naphthol peut encore être employé pour le traitement des séborrhées du cuir chevelu sous la forme de pommade à 5 ou 10 0/0, d'huile naphtholée à 1 ou 2 0/0 ; il peut être combiné aux préparations soufrées ou mieux encore alterné avec elles.

La nature parasitaire probable de certaines séborrhées conduit à les traiter par les préparations mercurielles et, en particulier, par les lotions de sublimé en solutions au 1000me, au 2000me ou au 3000me. Nous considérons ce mode de traitement comme un adjuvant très utile des préparations soufrées, mais nous le croyons incapable de les remplacer complètement.

Dans les séborrhées huileuses, il y a souvent avantage à se servir uniquement de poudres absorbantes additionnées d'acide salicylique (1 à 3 0/0) ou de salicylate de bismuth (4 à 8 0/0) avec lesquelles on fait chaque soir sur le cuir chevelu une friction plus ou moins énergique.

Les savons entrent pour une part dans le traitement des diverses formes de séborrhée : les savons au soufre, au naphthol, au goudron ou à l'ichthyol, sont particulièrement utiles pour le lavage du cuir chevelu dans les formes sèches et grasses. Lorsque le cuir chevelu est irritable, il y a avantage à les remplacer par le savon de Panama et mieux encore par la décoction d'écorce de bois de Panama. Les

lavages ont parfois l'inconvénient de rendre les cheveux trop secs et cassants et de compromettre leur vitalité. Aussi les malades doivent-ils enduire très légèrement les cheveux après le lavage avec un corps gras non irritant ; le meilleur est l'huile de ricin pure.

Il est à peine besoin de faire remarquer que, lorsque la séborrhée revêt la forme grasse, on devra, avant de commencer le traitement, débarrasser le cuir chevelu des croûtes qui existent à sa surface : les pulvérisations tièdes peuvent suffire à remplir cette indication ; mais le plus souvent, les onctions grasses (huile d'amandes douces, huile d'olives, huile de ricin, pures ou légèrement naphtholées) atteindront mieux le but ; on laissera l'huile en contact pendant une heure ou deux avec les croûtes, pour les ramollir, puis on les détachera au moyen de lavages avec de l'eau savonneuse chaude ; on peut encore, surtout chez les enfants, se servir de beurre frais, ou d'huile et de jaune d'œuf : on enduit alors les croûtes de jaune d'œuf qu'on enlève au bout de quelques heures au moyen d'huile d'olives ou d'huile d'amandes douces.

Dans la séborrhée sèche à forme de teigne amiantacée, les applications huileuses sont souvent insuffisantes à faire tomber les amas de squames, dont on peut amener la chute au moyen des cataplasmes de fécule de pommes de terre ou de la calotte de caoutchouc.

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT LOCAL DES SÉBORRHÉES DU CUIR CHEVELU

Séborrhée sèche. — Couper les cheveux courts chez l'homme, et dans les cas intenses chez la femme ;

pommade soufrée, additionnée d'acide salicylique, de résorcine et de baume du Pérou, appliquée le soir; le matin, lavage à l'eau chaude savonneuse, suivi d'une lotion au sublimé; plus tard, pommade au naphthol et continuation des lotions au sublimé.

Séborrhée grasse. — Couper les cheveux, détacher les croûtes au moyen de pulvérisations ou d'onctions huileuses; après la chute des croûtes, chez l'enfant, pommade soufrée et salicylée faible ou huile naphtholée; chez l'adulte, pommade soufrée ou lotions soufrées, ou pommade au naphthol, le soir; le matin, lavage à l'eau chaude savonneuse, et lotion au sublimé.

Séborrhée huileuse. — Poudre soufrée et salicylée, ou poudre absorbante additionnée d'acide salicylique ou de salicylate de bismuth, lavages modérés à l'eau chaude et au savon de naphthol ou de goudron.

SÉBORRHÉES DES PARTIES GLABRES

Exposé clinique et étiologique. — Les séborrhées des parties glabres peuvent, comme les séborrhées des régions pileuses, présenter des aspects cliniques différents.

La *séborrhée sèche* est caractérisée par la production de squames sèches, fines, furfuracées, plus ou moins adhérentes, occupant les diverses parties du corps; au visage, il est difficile de la distinguer des formes pityriasiques de l'eczéma; sur les membres, son aspect rappelle celui de l'ichthyose, avec laquelle on a confondu certains cas de séborrhée sous le nom d'ichthyoses des cachectiques ou des convalescents.

La *séborrhée grasse* est constituée par la production de plaques jaune sale, ou brunâtres, plus ou moins

étendues, occupant en particulier le visage chez les sujets jeunes et lymphatiques; ces plaques sont d'épaisseur variable, se détachent facilement et reposent sur des téguments rouges et tuméfiés.

La *séborrhée huileuse* se rapproche de la forme précédente; elle siège également au visage, principalement sur le nez et les joues, et se traduit par la présence sur la peau d'une couche huileuse qui graisse le papier; les téguments n'offrent d'autre modification qu'une augmentation du diamètre des orifices folliculaires, et parfois un certain degré de rougeur diffuse.

Les *verrues séborrhéiques* ne sont autres que des séborrhées croûteuses localisées avec développement papillomateux de leur base. Elles sont constituées par des plaques de coloration jaunâtre ou brunâtre aplaties et à peine saillantes ou faisant une saillie plus ou moins nettement pédiculée; lorsqu'on arrache la couche brunâtre qui les recouvre, on trouve au-dessous d'elle une surface irrégulière recouverte de saillies papillaires disséminées. Ces lésions se développent chez les vieillards, d'où le nom de *crasses séniles* qui leur a été parfois donné; elles occupent souvent en grand nombre le tronc et la face, plus rarement les membres. Elles diffèrent essentiellement des verrues vulgaires, maladie inoculable et contagieuse, et peuvent être l'origine d'épithéliomas.

Une autre variété de lésions séborrhéiques, à laquelle on a donné le nom d'*acné sébacée concrète*, peut également être l'origine de lésions épithéliomateuses, ou plus exactement semble être la première manifestation d'un épithélioma débutant par les glandes sébacées; pour cette raison, nous l'avons étudiée au chapitre de l'épithélioma cutané. (Voir T. II, p. 79.)

Enfin, la séborrhée des parties glabres peut, comme celle des régions pileuses, s'accompagner de lésions eczémateuses qui ont été désignées sous le nom d'eczémas séborrhéiques, et que nous avons étudiées précédemment (voir T. II, p. 371), ou accompagner d'autres dermatoses, comme le psoriasis et les syphilides.

Les causes des séborrhées des parties glabres sont les mêmes que celle des séborrhées des régions pilaires; nous n'y reviendrons pas à nouveau. Ajoutons seulement qu'on peut observer chez les enfants nouveau-nés une séborrhée grasse généralisée, due sans doute à une malformation des glandes cutanées, affection rare qui a été parfois confondue avec l'ichthyose fœtale.

Traitement. — Le traitement général des séborrhées ne diffère pas, qu'elles siègent sur les régions pileuses ou sur les parties glabres; nous renvoyons à ce que nous avons dit plus haut au sujet du traitement des séborrhées des régions pileuses. (Voir p. 119.)

Le *traitement local* de la séborrhée consiste surtout dans l'emploi des préparations soufrées, aidées de lavages à l'eau savonneuse chaude.

Dans la séborrhée sèche, on aura recours aux pommades soufrées à 5 ou 10 0/0, additionnées de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique, aux lavages avec de l'eau chaude et du savon au naphthol ou au goudron, et, dans les formes étendues, aux onctions de glycérine comme dans le traitement de l'ichthyose.

Dans la séborrhée grasse, qui est particulièrement rebelle, on emploiera surtout les lavages au savon de naphthol, de soufre, de goudron, précédés de l'ablation des croûtes au moyen des pulvérisations

et suivis de lotions soufrées ou d'applications de poudres renfermant 10 à 15 0/0 de soufre précipité, ou de lotions alcooliques. Lorsque ces moyens ont échoué, on obtient parfois de bons résultats des applications de savon noir, comme dans le traitement de l'acné. (Voir T. II, p. 139.)

Dans la séborrhée huileuse, le traitement est analogue à celui de la séborrhée grasse, mais on emploiera de préférence les poudres absorbantes additionnées ou non de soufre.

Les bains au carbonate de soude et surtout au borate de soude sont utiles dans les séborrhées généralisées.

Les verrues séborrhéiques doivent, quoi qu'en aient dit quelques auteurs et malgré la répugnance de la plupart des vieillards pour un traitement actif de ces lésions, être traitées, afin d'éviter leur extension et leur transformation possible en éphithélioma.

La dissémination des verrues séborrhéiques en nombre variable sur des surfaces étendues rend leur traitement assez laborieux. On devra tout d'abord faire tomber le revêtement séborrhéique et croûteux des verrues au moyen de bains savonneux ou au moins de lotions savonneuses répétées, suivies de frictions avec un tampon d'ouate imbibé d'alcool (alcool pur, eau de Cologne, alcoolat de lavande); pour les lotions, les savons additionnés d'acide salicylique, de résorcine, seront préférables au savon ordinaire; la macération au moyen de cataplasmes, si les lésions sont étendues, ou d'un emplâtre (emplâtre de Vigo, ou emplâtre diachylon) facilitera leur action.

Après ce décapement de la surface, on provoquera la dessiccation et l'exfoliation du corps papillaire hypertrophié au moyen d'applications locales de sa-

von comme dans les verrues communes, ou au moyen d'emplâtre salicylé ou résorciné, et lorsque les papilles seront desséchées, on les grattera avec une curette; les attouchements répétés au nitrate d'argent pourront aider à la destruction des lésions. Rarement il sera nécessaire de recourir à la cautérisation chimique ou thermique; cependant, cette dernière serait indiquée si l'on voulait détruire rapidement une verrue séborrhéique située en un point où elle est soumise à des irritations mécaniques ou si un accroissement rapide de ses dimensions faisait redouter sa transformation épithéliomateuse.

Lorsque ces verrues auront disparu, il sera nécessaire de continuer les bains ou les lotions savonneuses et alcooliques pendant un certain temps pour s'opposer aux récidives fréquentes, *in situ* ou à distance.

Acnés.

On donne le nom d'acnés à des lésions des glandes sébacées dans lesquelles les altérations glandulaires s'accompagnent généralement de la rétention des produits de sécrétion.

En réalité les limites à établir entre les acnés d'une part, les séborrhées et les folliculites sébacées d'autre part, sont très artificielles et certaines affections pourraient être aussi bien rangées dans un groupe que dans un autre (1).

(1) Nous rappellerons que le lupus érythémateux a été désigné par Chausit sous le nom d'acné atrophique, que Bazin donnait le nom d'acné varioliforme au molluscum contagiosum dont on a à tort localisé le processus dans les glandes sébacées, et que certaines formes de séborrhée préépithéliomateuse ont été appelées acné sébacée concrète.

Nous décrirons dans le chapitre des acnés :

1° Les lésions des glandes sébacées caractérisées uniquement par la rétention du produit de sécrétion de ces glandes :

Acné comédon ou acné ponctuée ;

Acné miliaire ou milium ;

2° Les lésions des glandes sébacées avec participation des tissus adjacents au processus inflammatoire :

Acné simplex, ou disséminée, ou pustuleuse ;

Acné rosée ou couperose, dont l'acné hypertrophique ou rhinophyma n'est qu'une forme extrême ;

Acné chéloïdienne ;

Acné nécrotique, ou acné pilaire, encore appelée acné varioliforme par les auteurs allemands.

Enfin nous étudierons, en appendice, la psorospermose folliculaire végétante.

Il est fréquent de voir les diverses variétés d'acné coïncider les unes avec les autres chez un même sujet, parfois même s'accompagner, dans les formes intenses, de lésions plus accusées des glandes sébacées, telles que les kystes sébacés qui sont du ressort de la chirurgie. Elles coïncident fréquemment aussi avec les différentes formes de séborrhée, plus rarement avec les affections auxquelles on est convenu de réserver le nom de folliculites.

Les diverses variétés d'acné sont reliées entre elles non seulement par leur coïncidence habituelle, mais encore par leur développement sous l'influence des mêmes causes, qui sont très fréquemment des troubles digestifs : il est vraisemblable que les substances toxiques, élaborées dans les états pathologiques de l'estomac et de l'intestin, provoquent en s'éliminant par les glandes sébacées une altération de

celles-ci, qui se traduit sous la forme acnéique.

Quelques substances médicamenteuses, les composés iodiques et bromiques en particulier, déterminent également des modifications dans la sécrétion sébacée et sont des causes d'acné.

En outre, certaines substances, comme les goudrons et spécialement l'huile de cade, peuvent, soit en oblitérant mécaniquement l'orifice des glandes sébacées, soit en pénétrant dans leur conduit et en agissant directement sur leurs cellules sécrétantes, produire des lésions acnéiques.

Le rôle des agents microbiens dans la pathogénie de l'acné, affirmé par quelques auteurs même pour l'acné comédon, est des plus discutables, et des recherches nouvelles seraient nécessaires pour déterminer leur action dans les formes pustuleuses, dont le développement pourrait, dans un certain nombre de cas au moins, être indépendant de l'action des microorganismes pyogènes.

ACNÉ COMÉDON OU PONCTUÉE

Exposé clinique et étiologique. — L'acné comédon est caractérisée par la présence d'une saillie aplatie, souvent à peine appréciable, de même coloration que les parties adjacentes, dont la partie centrale est occupée par une tache brunâtre ou noirâtre de dimensions inférieures à celles d'une tête d'épingle. La pression localisée fait émerger la tache brunâtre centrale et provoque l'expulsion d'une masse blanchâtre de matière sébacée, concrète, comme passée à la filière, qui se contourne sur elle-même en sortant et offre l'aspect d'un petit ver blanc à tête foncée.

Le comédon peut renfermer un parasite vermi-

forme de l'ordre des acariens, le *demodex folliculorum*, dont les rapports exacts avec cette variété d'acné ne sont pas déterminés.

L'acné comédon s'observe fréquemment sur le visage, sur le nez, les joues et le front en particulier, et sur les parties antéro et postéro-supérieures du thorax. Elle se développe sous l'influence de troubles digestifs ; elle est particulièrement fréquente chez les jeunes sujets lymphatiques, au moment de la puberté, et constitue un des éléments de l'acné polymorphe des lymphatiques.

On la voit aussi se développer au niveau des cicatrices irrégulières de diverses origines : gommes scrofulo-tuberculeuses, variole, etc.

Traitement. — Quoique l'acné comédon ne constitue qu'une simple difformité, le médecin est souvent consulté pour elle, principalement par les jeunes filles et les jeunes femmes.

Outre le *traitement général* des troubles digestifs, sur lequel nous insisterons spécialement à propos de l'acné pustuleuse, et le traitement du lymphatisme et de l'anémie que l'on aura presque toujours à combattre pareil cas, on en devra recourir au *traitement local* pour faire disparaître cette affection.

Fig. 1.

Lorsque les comédons sont volumineux, on peut les extirper par la pression au moyen des ongles des deux pouces ; on a proposé dans ce but divers instruments spéciaux : tels sont le *Komedonenquetscher* de Hebra (la figure ci-jointe représente cet instrument, modifié par M. Besnier, qui a remplacé le

tube terminal par un simple anneau à larges bords; cette modification rend plus facile le nettoyage de l'instrument), et l'*acne sprud* de Robinson, présentant à leur extrémité un tube ouvert à ses deux extrémités et terminé par un bord circulaire mousse que l'on applique au pourtour du comédon et avec lequel on exerce une pression suffisante pour le faire saillir ; ces instruments sont surtout utiles lorsque les comédons reposent sur un plan résistant ou dans les plis où la pression avec les ongles est plus difficile.

L'extraction des comédons doit être renouvelée toutes les fois que ceux-ci se reproduisent et être suivie de lotions avec un liquide alcoolique, eau de Cologne, ou alcool saturé de salol ou d'acide borique, ou alcool additionné de 2 à 3 0/0 d'acide salicylique.

Lorsque les comédons sont peu volumineux, leur chute peut être obtenue par l'usage répété des lotions alcooliques et mieux encore par les préparations savonneuses et salicylées ou ichthyolées : lavages répétés avec du savon à l'ichthyol ou à l'acide salicylique, lotions avec la décoction de bois de Panama, lotions avec l'esprit de savon de Hebra additionné de 2 à 3 0/0 d'acide salicylique, suivis des lotions alcooliques précédemment indiquées; dans les cas où les comédons sont très abondants, M. Besnier emploie un mélange à parties égales de savon noir et de soufre additionné de 2 0/0 d'acide salicylique qu'il fait étendre chaque soir sur les parties malades.

Ces topiques ont surtout pour but de ramollir et de désagréger la substance cornée, matière sébacée altérée, qui forme les points noirs des comédons, et de faciliter ainsi la sortie de ceux-ci; en outre, ils

provoquent une certaine irritation de la peau qui modifie la nutrition des glandes sébacées ; lorsque cette irritation devient trop intense, il convient de la calmer par des applications adoucissantes telles que les pommades à l'oxyde de zinc légèrement salicylées et les poudres inertes.

ACNÉ MILIAIRE, MILIUM OU GRUTUM

Exposé clinique et étiologique. — On donne ces noms à de petites saillies blanches, planes ou hémisphériques, du volume d'une tête d'épingle, dues à l'oblitération du conduit des glandes sébacées, à l'accumulation et à la transformation de leurs produits de sécrétion.

Ces lésions s'observent sur le visage, particulièrement les paupières et le front ; sur le scrotum, où leur contenu peut subir la transformation crétacée ; elles atteignent des dimensions plus considérables que sur la face.

On les observe parfois en grand nombre sur le visage de sujets jeunes, fréquemment atteints de lentigo. Elles accompagnent souvent le lupus vulgaire de la face.

Leur étiologie précise n'est pas déterminée, et elles semblent plus souvent être dues à une malformation congénitale des glandes sébacées qu'à un état pathologique véritable.

Traitement. — Les frictions au savon, les applications d'acide salicylique, etc., employées dans le traitement de l'acné ponctuée sont insuffisantes pour obtenir la disparition des petites tumeurs du milium.

Lorsque les sujets qui en sont porteurs tiennent à en être débarrassés, le seul traitement efficace est l'incision de la couche épidermique qui les recouvre,

suivie de l'ablation de la tumeur avec l'extrémité tranchante d'un scarificateur, ou mieux encore la cautérisation ignée avec la pointe fine du galvano-cautère. La cicatrice qui résulte de cette cautérisation est si peu étendue qu'elle cesse bientôt d'être apparente, pour peu que l'action de l'instrument ait été limitée à la tumeur.

ACNÉ CORNÉE

Exposé clinique. — On décrit, avec Hardy, Vidal et Leloir, sous le nom d'acné cornée une affection caractérisée par le développement de saillies jaunâtres, grises ou noires, acuminées, dont la pression fait sortir des masses cornées et résistantes ; ces lésions sont réunies en groupes irréguliers ou disséminées sur le front, le nez, le tronc ou les membres, et ont une évolution très lente.

Les causes de l'acné cornée ne sont pas déterminées.

Traitement. — Il consiste en applications de savon noir, d'emplâtres hydrargyriques et de pommades salicylées ; l'expulsion des masses cornées au moyen de la pression des doigts facilite la guérison de cette affection fort rare.

ACNÉ PUSTULEUSE

Exposé clinique et étiologique. — Cette variété d'acné, encore désignée sous les noms d'acné simplex et d'acné inflammatoire, est caractérisée par le développement de saillies d'apparence papuleuse, de coloration rouge, acuminées ou hémisphériques, renfermant presque dès leur début une gouttelette de pus. Celui-ci, au bout d'un temps variable, s'approche de l'épiderme et le soulève en formant une

pustule de dimension variable, qui laisse après elle une cicatrice rougeâtre plus ou moins persistante.

Les éléments acnéiques présentent des dimensions très variables suivant les cas et chez un même malade; d'où le polymorphisme des lésions encore accru par la coïncidence d'autres variétés d'acnés, polymorphisme surtout remarquable chez les jeunes sujets lymphatiques (acné juvénile).

La base rouge sur laquelle reposent les pustules peut être peu étendue, ou au contraire large et diffuse; la pustule présente également des dimensions très variables: d'où les noms d'acné hordéolaire, indurée, tuberculeuse, phlegmoneuse, donnés aux divers aspects cliniques de l'acné pustuleuse.

Ces lésions laissent après elles des cicatrices d'autant plus accusées que la pustule a été plus volumineuse et les lésions inflammatoires de voisinage plus étendues.

Leurs sièges de prédilection sont la face, particulièrement les joues, le front, le nez, et les parties supérieures du thorax, principalement le dos.

L'acné simplex se rencontre surtout chez les sujets jeunes, de quinze à vingt-cinq ans, mais peut se montrer à une époque plus avancée de l'existence, offrant alors une moindre intensité.

Elle s'observe plus spécialement chez les sujets lymphatiques, plus rarement chez les arthritiques.

La cause en est souvent dans les troubles digestifs dus à une alimentation vicieuse, et les écarts de régime sont très fréquemment la cause provocatrice d'une poussée aiguë. Les troubles des organes génitaux jouent également un rôle important dans la production de cette affection : la coïncidence des éruptions acnéiques avec le développement de la puberté prouve

la réalité de cette influence; la continence et l'onanisme, les troubles menstruels, l'approche des règles, en sont souvent les causes déterminantes. Il n'est pas rare de voir l'acné disparaître après une première grossesse; mais, inversement, celle-ci peut être la cause d'une éruption acnéique chez des jeunes femmes qui n'en avaient pas été atteintes auparavant, quoique, dans ces conditions, on observe plus souvent l'acné rosée.

Toutes les causes de fatigue, le surmenage physique ou intellectuel, l'insuffisance du sommeil peuvent également provoquer l'apparition de l'acné pustuleuse.

Nous avons déjà signalé plus haut le mode d'action de ces causes et le rôle des causes externes à propos de l'acné en général : nous n'y reviendrons pas.

Traitement. — Le rôle des causes générales dans le développement de l'acné simplex montre assez l'importance du *traitement interne.*

Chez les jeunes sujets lymphatiques, on aura recours à l'huile de foie de morue, dont l'expérience montre les bons effets, malgré les idées théoriques qui la feraient exclure dans une maladie où le produit de sécrétion des glandes sébacées est altéré, aux ferrugineux, aux arsenicaux.

Chez les arthritiques, on prescrira les alcalins à doses convenables.

L'alimentation sera l'objet d'une attention particulière, et on en exclura les aliments excitants tels que les boissons alcooliques (Lewin permet seulement l'eau-de-vie de grains qui, d'après lui, n'aurait pas l'effet nocif des autres alcools), le thé, le café, les épices, les graisses, la charcuterie, les aliments ren-

fermant des composés toxiques, comme le gibier faisandé, les conserves, les poissons, les crustacés, les fromages fermentés.

On traitera par les moyens appropriés les troubles digestifs; on recourra à l'antiseptie intestinale qui doit être considérée comme à peu près indispensable dans tous les cas d'acné simplex, surtout au moment des poussées aiguës, et on évitera soigneusement la constipation. (Voir, pour plus de détails, le traitement des dermatoses liées à des troubles digestifs, T. I, p. 280.)

Les troubles menstruels et génitaux doivent être également recherchés et traités par les moyens appropriés.

Il convient en outre de prescrire aux acnéiques des exercices corporels modérés, des frictions excitantes sur le tronc et les membres; ils doivent éviter les refroidissements et surtout le froid aux pieds, qui exagère la congestion faciale.

Divers médicaments internes ont été préconisés dans l'acné, le soufre en particulier et l'ichthyol proposé par Unna à la dose de 15 centigrammes à 1 gramme par jour, l'arsenic qui ne paraît pas avoir d'action spéciale sur la lésion cutanée. Les médicaments vaso-moteurs, quinine, digitale, ergotine, ont été également employés, mais sont moins efficaces dans l'acné pustuleuse que dans l'acné rosée.

Le *traitement local* joue un grand rôle dans la guérison de l'acné simplex, mais il ne saurait à aucun titre être prescrit seul; si on ne modifie pas par le traitement interne les affections qui déterminent et entretiennent l'acné, si on ne combat pas la tendance à la production de cette affection, tous les topiques ne sauraient procurer qu'un amendement passager et précaire.

Les topiques sont d'ailleurs, dans cette affection, d'un maniement particulièrement difficile : ceux qui sont véritablement actifs ne doivent leur efficacité qu'à l'irritation cutanée qu'ils provoquent et cette irritation doit être maintenue dans des limites raisonnables, au risque de provoquer, à son tour, des lésions secondaires plus intenses, plus désagréables que la maladie primitive et parfois difficiles à guérir.

Il faut bien savoir, en effet, que le tégument des acnéiques supporte d'une manière très variable les divers topiques; si l'on voit les acnéiques à peau épaisse et grasse, parsemée d'orifices folliculaires larges, mieux tolérer les irritants que les acnéiques à peau fine et souple, il y a encore entre les sujets de ces deux catégories des différences assez considérables au point de vue de l'irritabilité cutanée. Le médecin ne saurait donc agir avec assez de prudence dans le choix et le dosage des préparations qu'il prescrit aux acnéiques : la durée des applications surtout varie très notablement suivant les susceptibilités individuelles. L'acné pustuleuse, malgré sa banalité, est une des dermatoses les plus difficiles à traiter, une de celles qui demandent à être observées le plus attentivement en cours de traitement, si l'on veut éviter à la fois deux écueils qui sont : agir trop brutalement et agir trop lentement.

Les sujets atteints d'acné simplex ne doivent se servir pour les soins de la toilette que d'eau tiède ou mieux encore d'eau chaude, qui décongestionne les téguments; l'addition d'alcools aromatiques, d'acide borique ou d'une petite quantité de sublimé (1 pour 10.000 environ) est utile dans beaucoup de cas, quoique l'origine microbienne de l'affection soit loin d'être démontrée.

Les savons de toilette leur sont utiles pour dégraisser le visage, mais ces savons ne doivent jamais être acides et, malgré le rôle de la graisse dans l'étiologie de cette affection, il y a toujours avantage à se servir de savons surgras, beaucoup mieux supportés que les savons ordinaires. Les savons médicamenteux au soufre, à l'ichthyol, au naphthol, à l'acide salicylique, etc., peuvent être employés pour les soins de la toilette lorsque la peau les supporte.

Dans les formes légères de l'acné simplex, les lotions à l'eau chaude suivies d'applications de poudres absorbantes, les lotions avec l'eau alcoolisée au moyen de l'eau de Cologne, de l'alcool camphré ou de l'alcool saturé d'acide borique ou de salol (1/4 à 1/10 de ces préparations), les applications de tampons d'ouate hydrophile imbibés des mélanges précédents et laissés en place pendant quinze à quarante-cinq minutes, les badigeonnages de teinture d'iode sur les éléments naissants peuvent suffire à arrêter leur évolution.

Dans les formes plus intenses, ces moyens sont ou inefficaces ou inapplicables, et il convient de recourir à un traitement plus actif.

Les substances qui, actuellement, semblent les plus recommandables pour le traitement de l'acné simplex sont le savon noir, le soufre et l'ichthyol.

Le savon noir est incontestablement l'agent le plus actif du traitement de l'acné simplex et celui qui donne les résultats les plus remarquables dans les formes pustuleuses et chez les sujets dont la peau est peu irritable. Les frictions au savon et à l'eau chaude sont faites le soir, en laissant dessécher à la surface de la peau la mousse ainsi produite; le lendemain matin, on enlève avec l'eau chaude le reste du savon

et on poudre à l'amidon, ou mieux on applique une pommade à l'oxyde de zinc additionnée de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique. Les applications de savon noir sont répétées les soirs suivants jusqu'à irritation suffisante et remplacées alors par des applications de pommade à l'oxyde de zinc pour calmer l'inflammation. Si les résultats obtenus sont insuffisants, on recommence une ou deux séries successives d'applications après la chute de l'inflammation provoquée par la série précédente. En général, chacune des séries dure trois ou quatre jours, mais on doit recommander au malade de suspendre les applications de savon si l'irritation devenait trop considérable avant ce terme. Cette méthode échoue rarement contre l'acné simplex, mais elle demande une surveillance attentive, et on ne doit jamais l'employer sans avoir prévenu le malade de ses effets irritants, qui peuvent l'obliger à suspendre ses occupations pendant plusieurs jours.

On peut modérer cette irritation en ne laissant séjourner la couche de savon sur la peau que pendant quelques heures, ce qui prolonge la durée du traitement, mais le rend plus supportable.

Le savon noir peut encore être utilisé en lotions alcooliques au quart ou au dixième, en pommades à base de vaseline ou de lanoline à 25 ou 50 0/0, additionnées de naphthol et d'acide salicylique ; mais ces modes d'emploi, plus facilement tolérés par la peau, sont, au point de vue de leurs effets curatifs, de beaucoup inférieurs au précédent.

Dans les cas rebelles, le savon noir peut être associé au soufre par parties égales additionnées de 2 0/0 d'acide salicylique (Besnier) ou de naphthol ; mais ces préparations très irritantes demandent

encore plus de ménagements que le savon noir pur.

Le soufre est encore un topique très utile dans le traitement de l'acné simplex : il peut être employé de différentes manières et à doses variables suivant l'irritabilité de la peau. Il convient spécialement pour les acnés du visage avec lésions pustuleuses peu volumineuses et infiltration périphérique modérée, et pour les acnés du tronc.

Le mode d'emploi le plus fréquemment utilisé en France consiste dans les lotions avec des alcoolés renfermant en suspension du soufre précipité (Voir pour les formules, *Lotions soufrées*, T. II, p. 341). Ces liquides, qu'il faut avoir soin d'agiter avant de s'en servir, sont étendus le soir sur les parties malades au moyen d'un pinceau ; le lendemain, le reliquat est enlevé au moyen d'eau chaude et de savon, et les parties malades sont poudrées à l'amidon ou enduites de pommade à l'oxyde de zinc salicylée. Lorsque l'irritation est suffisante, ce qui arrive au bout de un à quatre jours, on suspend les badigeonnages et on se contente d'appliquer le soir une pommade à l'oxyde de zinc ; puis, après la chute de l'inflammation, on fait une nouvelle série de badigeonnages soufrés. En général, avec deux ou trois séries analogues, on obtient une amélioration considérable.

Les pommades soufrées au dixième ou au huitième, additionnées de 1 à 3 0/0 d'acide salicylique ou de naphthol, peuvent être employées dans les formes modérément intenses d'acné et dans les cas où on a déjà obtenu un amendement par les méthodes précédentes. Elles sont beaucoup moins actives et par suite mieux supportées que les lotions soufrées.

Les savons au soufre peuvent être employés comme succédanés du savon noir, mais lui sont inférieurs

comme résultats; ils sont surtout utiles comme compléments d'autres traitements et servent alors aux soins de la toilette.

L'ichthyol, qui est encore un composé soufré, a été introduit dans la thérapeutique de l'acné par Unna, qui le vante tout spécialement.

On l'emploie surtout en solutions éthérées et alcooliques renfermant de 5 à 80 0/0 de sulfo-ichthyolate d'ammoniaque à doses progressivement croissantes; les badigeonnages peuvent être répétés tous les soirs; le matin, on enlève l'enduit à l'eau chaude, puis on recouvre la peau d'une couche de pommade à l'oxyde de zinc : la marche à suivre est la même que pour les applications de savon noir et les lotions soufrées. La tolérance de la peau pour l'ichthyol est très variable suivant les sujets, mais généralement plus grande que pour le savon noir et les préparations soufrées fortes; son action est certainement aussi moins rapide, et on ne peut guère l'utiliser que dans les acnés d'intensité moyenne ou faible, avec lésions pustuleuses peu développées, mais il est assez efficace contre l'infiltration de voisinage. L'odeur désagréable de l'ichthyol est, chez certains sujets, un obstacle à son emploi dans le traitement de l'acné de la face.

On a encore proposé contre l'acné simplex l'emploi des préparations mercurielles, du chlorhydrate d'ammoniaque, de l'acide salicylique, du naphthol, de la résorcine, etc. Ces trois dernières substances peuvent être utilement associées aux préparations précédentes. Les premières et une foule d'autres que nous croyons oiseux d'énumérer ont moins de valeur thérapeutique.

Le traitement chirurgical de l'acné simplex se réduit

à l'ouverture des pustules les plus volumineuses au moyen d'un scarificateur ou de l'aiguille à arrêt de Hebra, qui n'offre aucun avantage sur les aiguilles à scarifier de Vidal (Voir *Scarifications*, T. II, p. 330), ou mieux encore au moyen d'une pointe fine de galvano-cautère avec laquelle on ponctionne la pustule et on cautérise sa paroi. Ce traitement rend de grands services dans les formes intenses de l'acné pustuleuse, mais il ne s'applique généralement qu'à un nombre restreint d'éléments, et ce serait une erreur d'espérer arriver avec lui à la guérison de l'acné.

L'électrolyse, préconisée par quelques auteurs anglais et américains dans le traitement de l'acné simplex, ne pourrait être employée que dans les cas justiciables du traitement chirurgical; elle est trop lente dans son action et trop douloureuse pour pouvoir être conseillée.

Les eaux minérales les plus diverses ont été préconisées dans le traitement de l'acné simplex : en dehors de celles qui peuvent être indiquées par l'état constitutionnel du sujet, nous signalerons seulement celles dont l'emploi topique est particulièrement efficace dans cette affection : ce sont les eaux chlorurées sulfurées d'Uriage, les eaux sulfurées de Cauterets, Luchon, Barèges, Saint-Honoré, les eaux arsenicales de la Bourboule et les eaux bicarbonatées sodiques de Royat.

ACNÉ ROSÉE ET ACNÉ HYPERTROPHIQUE

Exposé clinique et étiologique. — L'acné rosée, encore désignée sous les noms d'acnée rosacée, de couperose, est constituée par deux éléments : 1° des lésions papuleuses ou pustuleuses de dimensions généralement inférieures à celles de l'acné simplex,

parfois cependant volumineuses; 2° une congestion vasculaire plus ou moins prononcée.

La congestion vasculaire, qui peut cliniquement précéder les lésions des glandes sébacées, se traduit par des plaques érythémateuses passagères aboutissant par leur répétition à la production de dilatations vasculaires : ces télangiectasies constituent plus spécialement la forme d'acné appelée couperose. A ces télangiectasies s'ajoute souvent par la suite une infiltration du derme qui est rouge, tuméfié, avec des orifices folliculaires dilatés.

La tuméfaction peut atteindre un degré très accusé. hypertrophier irrégulièrement ou en masse les tissus atteints; à ces formes auxquelles on donne le nom d'acné hypertrophique, appartient le type décrit sous la dénomination de rhinophyma : les lésions occupant le nez donnent lieu à une déformation plus ou moins considérable de cet organe, dont les téguments sont tantôt mollasses et tantôt indurés, rouges ou violacés, souvent parsemés de dilatations vasculaires. avec des orifices folliculaires énormes, d'où la pression expulse des comédons volumineux.

Le siège de l'acné rosée est la face, principalement le nez et la partie moyenne des joues.

Les causes de l'acné rosée sont très analogues à celles de l'acné simplex, sauf toutefois qu'elle ne s'observe pas chez les jeunes sujets lymphatiques si souvent atteints de cette dernière affection.

L'acné rosée est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, qui cependant est presque exclusivement atteint d'acné hypertrophique.

Chez la femme, les troubles des fonctions utérines ont une grande importance dans sa production : la grossesse, surtout chez les femmes ayant dépassé la

trentaine, en provoque parfois le développement; les affections utérines s'accompagnant de leucorrhée ou d'aménorrhée sont fréquemment cause de la couperose, et la ménopause y donne souvent lieu. La constipation, qui est si habituelle chez la femme, joue un rôle non moins important dans sa production, et c'est presque toujours elle qui joue le rôle intermédiaire entre les diverses dyspepsies et l'acné rosée.

Chez l'homme, les troubles gastriques et surtout ceux provoqués par l'abus des alcools sont la cause ordinaire de cette affection; mais il ne faudrait pas de la présence de l'acné rosée, même de sa forme hypertrophique, induire l'existence de l'alcoolisme : il est certains sujets, particulièrement des arthritiques, chez lesquels cette cause n'entre nullement en jeu.

La congestion faciale, si fréquente après les repas chez les dyspeptiques, chez lesquels elle est provoquée soit par les troubles de circulation abdominale, soit par les intoxications d'origine gastro-intestinale, permet de comprendre la facilité avec laquelle ces malades sont atteints d'acné.

Des influences extérieures, comme l'action de l'air extérieur, du vent, du froid ou au contraire de la chaleur, interviennent dans la production de l'acné rosée et expliquent, en partie au moins, sa fréquence chez les travailleurs de la campagne, les cochers, les marins, les chauffeurs, les mécaniciens, les forgerons, etc.

Enfin les lésions chroniques des fosses nasales s'accompagnent fréquemment d'acné rosée, soit que, par un mécanisme encore mal déterminé, elles en provoquent le développement, soit que les deux affec-

tions soient sous la dépendance d'une même cause de perturbations dans la vascularisation de la face.

Traitement. — Les données étiologiques précédentes montrent quelle importance présente le *traitement général* dans l'acné rosée et quelle direction on doit lui donner.

Chez la femme, on doit porter toute son attention sur les troubles menstruels et sur la constipation : les irrigations vaginales chaudes sont presque toujours indiquées; la constipation sera combattue par les laxatifs et plus spécialement par les drastiques légers, dont l'aloès est le type, qui ont l'avantage d'exagérer l'abondance du flux menstruel très souvent diminué chez les femmes acnéiques.

Chez l'homme, c'est surtout dans les troubles gastriques qu'on trouvera les indications du traitement interne.

Dans les deux sexes, on diminuera par l'usage des antiseptiques les fermentations des voies digestives et on écartera du régime alimentaire toutes les substances excitantes : les boissons alcooliques seront sévèrement proscrites et remplacées aux repas par le lait et les infusions amères ou aromatiques; les aliments épicés, les conserves, la charcuterie, les poissons, les crustacés, les mollusques, les fromages fermentés seront interdits.

Chez les arthritiques, on interdira en outre les légumes et les fruits acides et on prescrira les alcalins et les diurétiques.

La quinine, la digitale, l'hamamelis et surtout l'ergotine (10 à 30 centigrammes par jour) pourront servir à diminuer la congestion faciale.

Enfin on veillera à ce que les malades ne s'exposent pas au froid ou à la chaleur et à ce que leurs

extrémités inférieures ne se refroidissent pas.

Le *traitement local* de l'acné rosée ne diffère pas sensiblement de celui de l'acné pustuleuse. Les substances employées sont les mêmes et les modes d'emploi identiques. Nous ne les décrirons pas à nouveau; nous ferons cependant remarquer, avec M. Brocq, que les préparations d'ichthyol sont moins efficaces ici que dans l'acné simplex. La préférence doit être donnée très habituellement aux lotions soufrées, surtout dans l'acné hypertrophique.

Il faut également ajouter que l'acné rosée est particulièrement irritable et que les applications de savon noir ou de soufre provoquent souvent des inflammations vives du tégument : lorsque celles-ci sont très prononcées, les pommades adoucissantes ne suffisent plus à les combattre et il faut avoir souvent recours aux applications de cataplasmes de fécule de pommes de terre ou aux corps gras simples, tels que l'axonge fraîche, le cold-cream récemment préparé, la vaseline ou le liniment oléo-calcaire.

Pour la même raison, les séries de badigeonnages avec la lotion soufrée ou d'applications de savon doivent être plus espacées et ne doivent être répétées qu'après disparition des phénomènes inflammatoires provoqués par la série précédente. Dans les intervalles, on aura souvent grand avantage à appliquer, dès que l'irritation se modérera, des pommades à l'oxyde de zinc additionnées de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique, de 2 à 8 0/0 de naphthol et de 5 à 8 0/0 de soufre.

De même que dans l'acné simplex, les sujets atteints d'acné rosée devront se servir pour la toilette du visage d'eau chaude, additionnée ou non d'alcools

aromatiques ou de solutions alcooliques de substances antiseptiques.

Le *traitement chirurgical* présente une plus grande importance dans l'acné rosée que dans l'acné pustuleuse. Il y prend le pas, dans beaucoup de cas, sur les autres traitements locaux.

Contre les lésions pustuleuses de l'acné rosée, on peut employer les cautérisations ignées ponctuées, absolument comme dans l'acné simplex. On a encore proposé l'emploi de l'électrolyse, qui ne nous paraît pas donner des résultats bien encourageants.

Les scarifications linéaires constituent le véritable traitement chirurgical de l'acné rosée et s'appliquent à toutes ses formes vasculaires : couperose, télangiectasies, acné hypertrophique. Lorsque l'acné rosée s'accompagne du développement de pustules, on doit toujours, avant de recourir aux scarifications, obtenir, par l'emploi des topiques appropriés, savon, soufre, etc., ou des cautérisations ignées, la disparition des lésions pustuleuses : c'est là d'ailleurs une règle formelle applicable à toutes les affections accompagnées de lésions suppuratives du tégument et qui découle de la nécessité de conserver l'asepsie des surfaces scarifiées.

L'emploi des scarifications dans l'acné rosée doit également être précédé du traitement des états séborrhéiques concomitants et de l'acné comédon : lorsqu'on aura déjà, par les topiques appropriés, amendé l'état des glandes sébacées, l'effet utile des scarifications sur les lésions vasculaires se fera sentir avec plus de rapidité encore et, dans un temps souvent court, on verra la congestion et l'infiltration se réduire dans des proportions considérables. Ce n'est guère que dans les formes vasculaires pures

en apparence, dans la couperose proprement dite, que l'on peut d'emblée recourir aux scarifications.

Les scarifications ont pour but, dans l'acné rosée, de sectionner les vaisseaux, de réduire leur volume par la rétraction que la cicatrisation fait subir à leurs parois ; accessoirement, elles provoquent au moment même de l'opération une hémorrhagie plus ou moins abondante, saignée locale qui décongestionne les parties malades, mais dont les effets sont passagers.

Les scarifications doivent être faites avec les précautions aseptiques et antiseptiques d'usage et suivant le mode opératoire habituel (voir T. II, p. 334). Elles doivent être très rapprochées dans les formes vasculaires pures avec télangiectasies fines ; dans les acnés avec congestion intense et infiltration dermique, les sections peuvent être plus espacées. On fera d'ordinaire, après une première série de scarifications parallèles, une deuxième série de scarifications coupant obliquement les premières ; ces incisions seront faites sur toute l'étendue des parties malades, plus rapprochées au voisinage de leurs bords ; leur profondeur variera suivant le siège des vaisseaux malades.

Quoique la saignée locale aide à la décongestion des régions acnéiques, on ne devra pas chercher à produire une hémorrhagie trop abondante et on prendra toujours toutes les précautions d'usage pour éviter de souiller inutilement les régions adjacentes.

Le pansement consécutif aux scarifications sera fait suivant les règles habituelles.

C'est seulement après la cicatrisation complète qu'on pourra recourir à l'emploi des topiques irri-

tants, et encore est-il préférable, au moment des premières séances de scarifications, de suspendre l'emploi des autres topiques et de répéter l'opération dès que les incisions sont cicatrisées, c'est-à-dire au bout de 5 à 6 jours; on active de la sorte la guérison.

Les scarifications donnent des résultats remarquables dans les différentes formes d'acné rosée; elles sont surtout efficaces dans l'acné hypertrophique, dont elles réduisent les lésions avec une rapidité d'autant plus grande qu'elles sont plus congestives.

Il est des cas d'acné hypertrophique dans lesquels les topiques précédents et les scarifications sont incapables de provoquer autre chose qu'une réduction du volume des parties : les lésions périglandulaires sont constituées par la production de tissu fibreux sur lequel ces traitements sont sans action; l'ablation avec le bistouri est alors le seul mode d'intervention thérapeutique applicable; c'est dans ces cas que la décortication du nez donne des résultats très remarquables, mais nous ne pouvons insister ici sur ce point, qui est exclusivement du ressort de la chirurgie.

Nous ne reviendrons pas, à propos de l'acné rosée, sur l'usage thérapeutique des eaux minérales; nous renvoyons à ce que nous avons dit sur ce sujet à propos de l'acné pustuleuse.

ACNÉ NÉCROTIQUE

Exposé clinique et étiologique. — On a décrit sous les noms d'acné pilaire (Bazin), d'acné frontale, d'acné varioliforme (les auteurs allemands), d'acné rodens (Vidal), etc., une affection que C. Bœck a proposé avec plus de raison d'appeler acné nécrotique;

cette forme d'acné se traduit par la nécrose des tissus qu'elle atteint et laisse après elle des cicatrices analogues à celles de la variole.

Elle est caractérisée par le développement de nodosités saillantes rouges ou violacées dont le centre se recouvre d'une sorte de croûte jaunâtre, eschare superficielle très adhérente ; lorsqu'on extirpe cette croûte, on trouve au-dessous d'elle une dépression à peine suintante, régulièrement arrondie et profonde, qui se transforme plus tard en une cicatrice blanche de même forme et persistante.

Les éléments d'acné nécrotique varient de 1 à 5 ou 6 millimètres de largeur ; ils se développent par poussées, comprenant un nombre variable d'éléments et occupent certaines régions d'élection : le front, à la bordure des cheveux, le sommet du crâne lorsqu'il est déjà en partie dénudé, le nez, les sillons naso-géniens; plus rarement les autres parties de la face ou le thorax.

Les récidives se reproduisent pendant des années et parsèment les régions atteintes de cicatrices irrégulières et dépilées.

Cette affection n'a avec la syphilis d'autre rapport qu'une analogie extérieure avec certaines syphilides papuleuses et papulo-croûteuses. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle s'observe particulièrement chez des sujets arthritiques, atteints ou non de troubles dyspeptiques.

La nature microbienne ou toxique de ses lésions n'est pas déterminée et en réalité son étiologie est fort mal connue.

Traitement. — Le *traitement interne* de l'acné nécrotique consiste, en raison du terrain diathésique sur lequel elle se développe, dans l'emploi des alca-

lins à doses modérées. C'est à tort et par suite de la confusion avec les syphilides qu'on a eu recours au traitement mercuriel, lequel est sans effet sur l'acné nécrotique ; par contre, les iodures, qui exaspèrent la plupart des autres formes d'acné, semblent avoir parfois une influence favorable sur celle-ci.

Les troubles digestifs doivent également être traités et on a souvent à recourir à l'emploi des antiseptiques intestinaux.

Le *traitement local* consiste essentiellement dans l'emploi des émollients et en particulier des pulvérisations tièdes de liquides antiseptiques pour faciliter la chute des eschares, et dans l'emploi des préparations antiseptiques faibles : vaseline boriquée, lotions avec une solution de sublimé au 1/000, de phénosalyl à 1/300 ou à 1/500, etc. Les applications soufrées et en particulier les lotions soufrées et les pommades soufrées à 5 ou 6 0/0 semblent également utiles.

Il faut bien savoir que ces modes de traitement externe ne guérissent pas l'acné, n'empêchent pas le retour de ses poussées : ils font disparaître les lésions développées, facilitent leur réparation, mais n'ont pas d'effet appréciable sur la maladie elle-même. L'usage prolongé des préparations antiseptiques et soufrées, aidé de la médication alcaline et de l'antisepsie intestinale, doit être cependant conseillé à titre préventif.

Les lésions ont tendance à se réparer rapidement après la chute des croûtes; parfois même avant leur chute l'épiderme recouvre déjà toute la dépression sous-jacente. Sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, où il persiste des ulcérations, il n'y a aucun avantage et il peut y avoir inconvénient à faire des

cautérisations énergiques avec le nitrate acide de mercure, et en pareil cas nous donnons la préférence aux cautérisations ignées.

ACNÉ CHÉLOÏDIENNE

Exposé clinique et étiologique. — On donne le nom d'acné chéloïdienne, de sycosis chéloïdien ou de chéloïde acnéique à une affection caractérisée par le développement de folliculites suppurées présentant les caractères de l'acné et s'accompagnant de la production de masses de tissu fibreux semblables aux chéloïdes. Cette affection a pour siège la partie supérieure de la nuque, à la limite du cuir chevelu.

Elle débute par une inflammation portant sur plusieurs follicules pileux voisins avec infiltration profonde du derme et pustules peu volumineuses analogues à celles de l'acné simplex, centrées par un poil; l'infiltration dermique, au lieu de rester limitée au pourtour de ces pustules, s'étend à leur voisinage, formant une traînée dure, allongée ou irrégulière qui offre les caractères de la chéloïde.

Cette affection s'observe surtout chez l'homme; la pression du faux-col semble contribuer à lui donner ses caractères spéciaux; son étiologie se confond avec celle de l'acné, dont on trouve d'ailleurs des éléments sur d'autres points des téguments; c'est en réalité une chéloïde de siège particulier succédant à une lésion acnéique. Les causes de la production du tissu chéloïdien sont aussi mal déterminées que celles des chéloïdes d'autres sièges et d'autres origines.

Traitement. — Le traitement de l'acné chéloïdienne

se confond au début avec celui de l'acné et plus tard avéc celui des chéloïdes.

Les lésions acnéiques de la nuque doivent être traitées avec soin dès leur apparition, et ainsi on empêchera dans un certain nombre de cas leur transformation chéloïdienne.

Les badigeonnages de teinture d'iode, les lavages avec l'eau chaude et le savon au soufre, à l'ichthyol, au naphthol, les lotions soufrées, les lotions avec une solution de sublimé sont particulièrement à recommander pour ce traitement préventif. Nous avons la conviction d'avoir, par ces applications et par la suppression de toutes les causes d'irritation (faux-cols trop élevés, etc.) empêché la transformation chéloïdienne dans quelques cas d'acné de la nuque.

Lorsque la chéloïde est développée, son traitement ne diffère pas de celui des lésions analogues occupant d'autres régions : nous renvoyons au chapitre *Chéloïde* (T. II, p. 70) pour les indications de ce traitement, dans lequel nous recommandons spécialement les scarifications, l'emplâtre de Vigo, les emplâtres résorcinés et salicylés.

APPENDICE

Psorospermose folliculaire végétante.

Exposé clinique. — En raison du siège des lésions, nous rangeons, provisoirement au moins, parmi les acnés l'affection décrite par M. J. Darier sous le nom de psorospermose folliculaire végétante (cette affection est désignée à juste titre par quelques auteurs sous le nom de maladie de Darier), et que les discussions encore pendantes sur la nature et le rôle pathogénique des psorospermies ne nous autorisent pas à

classer définitivement dans le groupe des dermatoses parasitaires.

Cette affection, très rare, est caractérisée par des saillies papuleuses, du volume d'une tête d'épingle à leur début, fermes, devenant hémisphériques ou aplaties, se recouvrant d'une croûte ou d'une sorte de petite corne enchâssée dans une dépression en forme d'entonnoir de leur partie centrale. Les lésions s'accompagnent d'un état végétant ou papillomateux du derme ; d'abord isolées, elles se réunissent en placards plus ou moins saillants, recouverts de concrétions cornées ou grasses, épaisses, jaunâtres ou brunâtres et, dans les plis, d'une sécrétion puriforme et nauséabonde. Elles ont tendance à se généraliser à la presque totalité du tégument externe.

Traitement. — Leur traitement est encore assez mal déterminé. Il consiste surtout dans les soins de propreté minutieux, l'application de poudres absorbantes sur les régions suintantes ; l'emploi des parasiticides, ou mieux des antiseptiques (solutions de sublimé, etc.), est indiqué par la nature parasitaire possible de la maladie ; les applications de préparations salicylées (pommades, emplâtres, lotions, savons) sont rationnelles en présence de lésions végétantes.

AFFECTIONS DU SYSTÈME PILEUX

Nous avons rangé parmi les affections parasitaires la trichophytie, la pelade, la piedra (Voir T. I, p. 84, 104 et 128).

Il nous reste à étudier dans ce chapitre les atro-

phies du système pileux, les alopécies non mycotiques, la canitie, l'hypertrichose, les folliculites et les sycosis.

Atrophies du système pileux.

Nous décrivons, sous ce titre général, la trichoptilose, la trichorrhexie noueuse et le monilethrix.

TRICHOPTILOSE

Exposé clinique. — On décrit sous ce nom une lésion caractérisée par la sécheresse et la friabilité des poils qui se fendent à leur extrémité ou sur une partie de leur étendue.

Cette lésion peut accompagner des lésions diverses du cuir chevelu : pelade, eczéma, séborrhée, etc., ou des maladies générales cachectiques, ou être indépendante de tout autre état pathologique.

Elle peut s'observer aux cheveux ou à la barbe.

Elle constitue plutôt une curiosité qu'une maladie, et n'est justiciable d'aucun autre **traitement** que la coupe des poils au-dessous de l'extrémité de la fente, afin d'empêcher son extension.

TRICHORRHEXIE NOUEUSE

Exposé clinique. — Cette lésion, assez analogue à la précédente, est caractérisée par la présence, en un ou plusieurs points de la longueur du poil, d'une sorte de gonflement de celui-ci résultant de l'éclatement de ses fibres qui se dissocient comme le ventre d'un écheveau; elle peut aboutir à la rupture du poil, qui se termine alors par une sorte de pinceau de fibrilles.

Elle peut s'observer au niveau des cheveux, de la

barbe et des poils du pubis et occuper un grand nombre de poils.

Son étiologie est inconnue ; elle paraît cependant tenir à un trouble de nutrition du poil.

Le **traitement** de cette lésion est assez peu satisfaisant : celui qui semble préférable est celui que M. Besnier a proposé et qui consiste dans l'avulsion à la pince des poils malades et dans les applications répétées de teinture de cantharides à l'orifice folliculaire.

MONILETHRIX OU NODOSITÉS DES POILS

Exposé clinique et étiologique — Cette lésion du système pileux est caractérisée par l'amincissement du poil en différents poils de son étendue, les portions intermédiaires conservant leur diamètre normal ; elle peut être régulière, donnant au poil l'aspect d'un chapelet. Les poils ainsi altérés sont secs, cassants et ordinairement cassés assez court.

Assez souvent héréditaire ou familiale, cette lésion coïncide le plus ordinairement avec la xérodermie pilaire et peut atteindre les poils des différentes régions du corps.

On l'observe parfois dans la pelade.

Son **traitement** se confond avec celui des affections qui l'accompagnent et la causent.

Alopécies.

On donne le nom d'alopécie à la chute totale ou localisée des poils, plus spécialement des cheveux.

Les causes des alopécies sont très nombreuses et souvent associées les unes aux autres dans un cas donné.

Nous éliminerons tout d'abord les alopécies dues à des lésions graves du cuir chevelu, dans lesquelles la chute des poils, plus ou moins étendue, n'est qu'un symptôme relativement secondaire et ne mérite pas un traitement spécial, ou plutôt n'est justiciable d'aucun traitement par suite de la destruction irrémédiable du follicule pileux : telles sont les alopécies en plaques du lupus vulgaire, du lupus érythémateux, de la sclérodermie, auxquelles il faut joindre les alopécies cicatricielles consécutives aux traumatismes du cuir chevelu, aux pustules de variole ou d'ecthyma, aux vésico-pustules irritées d'impétigo, et les alopécies cicatricielles innominées que nous étudierons plus loin.

Nous éliminerons également celles qui surviennent à la suite de lésions inflammatoires aiguës et intenses du cuir chevelu, comme l'érysipèle, les eczémas aigus, les psoriasis intenses et inflammatoires, le pityriasis rubra; dans ces cas, la chute des poils est un symptôme accessoire au cours de la maladie principale; après sa guérison, le sort du système pileux est très variable : parfois, chez les sujets jeunes principalement, les cheveux reprennent leur poussée normale, souvent peu colorés ou plus grêles; plus fréquemment, chez des sujets avancés en âge, prédisposés héréditairement à la calvitie, ou présentant des altérations atrophiques du cuir chevelu antérieures ou consécutives à la maladie inflammatoire, les cheveux ne repoussent plus et l'alopécie est définitive : son traitement est alors le même que celui des formes suivantes.

L'alopécie peut être congénitale : elle constitue alors une difformité, encore appelée *atrichie*, rare et sans intérêt au point de vue thérapeutique.

Nous étudierons séparément les alopécies acquises ne rentrant pas dans les formes précédentes.

Ce sont : les alopécies sénile, prématurée, séborrhéique, les alopécies consécutives aux maladies générales, qui présentent entre elles assez de traits communs pour pouvoir être réunies dans une même étude, puis l'alopécie xérodermique, l'alopécie neurotique généralisée, les alopécies innominées de M. Besnier, les pseudo-alopécies par frictions répétées et la trichotillomanie.

ALOPÉCIES SÉNILE, PRÉMATURÉE, SÉBORRHÉIQUE ET ALOPÉCIES CONSÉCUTIVES AUX MALADIES GÉNÉRALES

Exposé clinique et étiologique. — L'alopécie est fréquemment la conséquence de l'âge : débutant suivant les sujets à une période plus ou moins avancée de l'existence, elle résulte de l'involution des bulbes pileux, mais peut être aggravée ou précipitée par la séborrhée du cuir chevelu; cette *alopécie* dite *sénile* est plus fréquente chez l'homme que chez la femme; elle occupe presque constamment le vertex, qu'elle dénude plus ou moins complètement et plus ou moins rapidement.

La forme d'alopécie à laquelle on a donné le nom d'*alopécie prématurée* ou *idiopathique* se confond avec l'alopécie sénile d'une part, avec l'alopécie séborrhéique d'autre part. Débutant généralement vers l'âge de 25 ou 30 ans, parfois plus tôt, elle occupe d'abord le vertex ou la région frontale, et s'étend à toute la partie supérieure du crâne, respectant pendant longtemps la nuque et les parties latérales.

Cette affection s'accompagne généralement de séborrhée sèche du cuir chevelu; celle-ci peut intervenir dans sa production ou être la conséquence

simultanée des lésions du cuir chevelu qui aboutissent à l'alopécie. L'alopécie paraît résulter surtout d'une involution prématurée des follicules pileux. Fréquemment héréditaire, elle se développe le plus souvent chez des sujets fortement entachés d'arthritisme, à la suite de surmenage physique ou intellectuel, de troubles génitaux; elle peut survenir rapidement après une maladie infectieuse; l'habitude de tenir la tête couverte et l'abus des lotions du cuir chevelu en favorisent la production. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

L'*alopécie séborrhéique* offre les relations les plus intimes avec les formes précédentes, et on pourrait, en poussant la théorie à l'extrême, considérer toutes les alopécies comme liées à la séborrhée: car il est peu de cas où on ne la voie coïncider avec la chute des cheveux.

L'*alopécie consécutive aux maladies générales* (fièvre typhoïde, scarlatine, variole, cachexies, etc.) *et à la grossesse* est souvent étendue, s'accompagne également de séborrhée qui semble jouer un rôle important dans sa production; mais elle a, sauf chez les sujets qui ont dépassé la quarantaine ou chez ceux qui sont prédisposés à l'alopécie prématurée, une grande tendance à guérir assez facilement sous l'influence de traitements simples.

La syphilis mérite une mention particulière,

L'*alopécie syphilitique* peut être la conséquence de lésions syphilitiques grossières des régions pilaires. Plus souvent, elle se produit, à la période secondaire de la syphilis, sans lésions du cuir chevelu susceptibles de l'expliquer; disséminée sous forme de plaques irrégulièrement disposées sur le cuir chevelu et incomplètement glabres (alopécie en clai-

rières), parfois simulant la pelade, elle est remarquable par le peu d'adhérence des poils qui s'arrachent facilement, sont secs et minces ; elle coïncide fréquemment avec la syphilide pigmentaire du col, d'où le nom d'alopécie leucodermique que lui a donné Haslund. Il n'est pas rare de voir l'alopécie se produire comme première manifestation apparente de la syphilis secondaire, chez des sujets qui ignorent encore être atteints de cette maladie : d'où la nécessité de rechercher l'existence du chancre dans les alopécies étendues à marche rapide. Comme l'alopécie des autres maladies générales, l'alopécie syphilitique guérit ordinairement avec une grande facilité.

Traitement. — Les diverses alopécies que nous venons d'énumérer sont justiciables de traitements identiques; mais l'efficacité de ceux-ci est très variable suivant la nature de l'alopécie : ce que nous venons de dire suffit à montrer que le médecin ne devra jamais promettre que sous réserves la guérison d'une alopécie donnée et que, dans certains cas même, il pourra tout au plus espérer obtenir un arrêt dans la chute des poils.

Les dispositions constitutionnelles du malade, les lésions et les troubles fonctionnels révélés du côté des viscères par un examen attentif, l'état général du sujet fourniront les indications du *traitement général.* Aux arthritiques on conseillera l'usage des alcalins à doses modérées; aux lymphatiques et aux anémiques, les reconstituants sous les formes appropriées; les préparations arsenicales semblent activer la pousse des cheveux et à ce titre conviennent dans les diverses variétés d'alopécies; chez les syphilitiques, on prescrira le traitement mercuriel.

Dans tous les cas, on recommandera d'éviter le

surmenage physique et intellectuel et on veillera sur le régime alimentaire, d'où on exclura les mets irritants, les viandes altérées, les conserves, les poissons et les fromages fermentés.

En outre on prescrira des *soins hygiéniques locaux :* le malade devra se couvrir la tête le moins possible, se servir de peignes dont les dents ne soient pas trop rapprochées et trop pointues, nettoyer le cuir chevelu soit avec la décoction d'écorce de bois de Panama, soit avec de l'eau chaude et du savon au naphthol, au soufre ou au goudron; ces lavages seront répétés chaque jour si le malade est traité par les pommades; en cas contraire, ils seront espacés de 2, 3 ou 4 jours, mais renouvelés assez fréquemment pour débarrasser entièrement le cuir chevelu des poussières extérieures et des produits de sécrétion. Si les lavages ou les lotions alcooliques prescrites rendent les cheveux trop secs, on les enduira légèrement d'huile de ricin pure ou apditionnée de 2 à 3 0/0 de naphthol.

Les cheveux doivent être tenus aussi courts que possible : cette prescription est de rigueur chez l'homme. Chez la femme, il est plus difficile de l'exiger; elle est cependant indispensable lorsque l'alopécie est prononcée et à marche rapide, comme dans les alopécies des convalescences; d'ailleurs la coupe des cheveux facilite les soins locaux et active singulièrement leur repousse, avantages que les malades regrettent rarement d'obtenir par le sacrifice temporaire de leur chevelure.

On doit toujours recommander aux femmes, qui veulent dissimuler la chute ou la coupe de leurs cheveux, de porter des postiches très légers et de les séparer du cuir chevelu par une pièce de linge fin changée fréquemment.

Le *traitement local* proprement dit des alopécies consiste, outre les lavages du cuir chevelu avec les savons médicamenteux indiqués plus haut, dans l'emploi des lotions excitantes.

Les lotions excitantes peuvent être composées à base d'alcoolats aromatiques additionnés d'essence de térébenthine, d'ammoniaque, de camphre, de teinture de cantharides, de teinture de noix vomique, de quinquina, de naphthol, etc. On en trouvera plus loin les formules (voir T. II, p. 289).

En outre, lorsque, ainsi que cela est ordinaire, la séborrhée coïncide avec l'alopécie, on devra la traiter par les moyens appropriés : lotions au sublimé, pommades soufrées, etc. (voir pour plus de détails, T. II, p. 120).

ALOPÉCIE XÉRODERMIQUE

Exposé clinique et étiologique. — Nous étudions ici l'alopécie due à la xérodermie pilaire (kératose pilaire de M. Brocq, ulérythème ophryogène de Taenzer).

Cette forme d'alopécie, assez rare, est caractérisée par la chute des poils accompagnée d'une légère desquamation pityriasique et par la présence de petites cicatrices fines, blanches, rosées ou rouges, donnant au tégument l'aspect atrophique ou formant des plaques de forme irrégulière et d'étendue variable; parfois, autour des poils persistants, lesquels sont souvent moniliformes, on trouve de petites saillies coniques, blanches, analogues à celles qui constituent la xérodermie pilaire (voir T. I, p. 33). En tous cas, la cause de l'alopécie est indiquée par la coexistence de la xérodermie pilaire sur les différentes régions du tégument.

Cette forme d'alopécie, décrite par M. Brocq,

occupe surtout la partie externe du sourcil, plus rarement la barbe et le cuir chevelu, où elle est facilement confondue avec l'alopécie séborrhéique.

Comme pour la xérodermie pilaire en général, il s'agit d'une lésion d'origine congénitale, voisine de l'ichthyose si elle ne se confond pas avec elle, mais évoluant dans le courant de l'existence, de sorte que l'alopécie xérodermique, dernier terme de cette évolution, ne commence à se montrer que vers l'âge de 20 à 25 ans et souvent plus tard.

Traitement. — Le traitement général de l'alopécie xérodermique est celui de la xérodermie pilaire : huile de foie de morue, arsenic et préparations iodurées.

Son traitement local consiste dans l'emploi des pommades soufrées (5 à 10 0/0) et salicylées (1 à 2 0/0), et des lotions excitantes usitées contre les diverses autres formes d'alopécie. (Voir T. II, p.289.)

ALOPÉCIE GÉNÉRALISÉE NEUROTIQUE

Exposé clinique et étiologique. — Les différentes causes que nous avons étudiées précédemment peuvent porter leur action sur les diverses régions pileuses; mais il est une affection qui, par sa tendance à atteindre les poils de plusieurs régions du corps et à déterminer une alopécie totale, mérite d'être séparée des autres formes d'alopécie.

Cette affection, désignée par les auteurs sous le nom de pelade décalvante, ne peut rester confondue dans la description de la pelade parasitaire; son origine nerveuse ne paraît pas contestable et nous proposons de la désigner sous le nom d'alopécie généralisée neurotique ou de pseudo-pelade généralisée nerveuse.

Elle se traduit par la chute des poils sans lésion appréciable des téguments, ou simplement avec décoloration et aspect lisse, éburné de ceux-ci.

L'alopécie se montre souvent sous la forme de plaques arrondies comme celles de la pelade; ces plaques, multiples, symétriques, ou irrégulièrement disposées, s'étendent par leur périphérie, arrivent à se joindre par leurs bords, et occupent une étendue considérable du cuir chevelu; parfois, dans l'espace de quelques jours, la décalvation est complète et il ne reste plus sur le crâne que quelques poils disséminés, grêles et secs.

Des lésions analogues se montrent dans la barbe; les sourcils, les cils peuvent être atteints, les poils du pubis, des aisselles, des membres peuvent également tomber rapidement.

La marche de l'affection est très irrégulière : les poils peuvent repousser par places alors que d'autres régions primitivement indemnes sont atteintes à leur tour; les poils de repousse sont généralement fins, décolorés, tombant facilement au début, prenant plus de solidité plus tard, mais encore exposés à une chute ultérieure.

La guérison peut se produire, souvent d'une façon inopinée, et persister ou être temporaire; souvent aussi l'alopécie est définitive et persiste toute l'existence, malgré les soins les plus assidus.

Cette affection se développe le plus souvent entre vingt et trente ans, parfois à la suite d'une maladie grave, plus souvent à la suite d'émotions morales vives ou de surmenage intellectuel, d'autres fois sans cause appréciable. Elle s'observe chez des sujets à tempérament nerveux ou à prédisposition nerveuse héréditaire, coïncide parfois avec des manifestations

nerveuses graves : hystérie, neurasthénie, goitre exophthalmique, etc., et s'accompagne souvent de vitiligo, dermatose dont l'origine nerveuse est indéniable.

Traitement. — Le *traitement général* de cette affection consiste dans l'emploi des médicaments nervins : valériane, bromures, etc., et des modificateurs généraux de la nutrition : arsenic, phosphates, glycéro-phosphates, massage, hydrothérapie, douches tièdes ou froides, bains sulfureux et salés, massage, électrisation, etc. Il demande à être continué pendant longtemps, et les séjours dans les stations thermales sulfureuses rendent en pareil cas de signalés services.

Le *traitement local* est très analogue à celui de la pelade. Il consiste dans l'emploi des lotions excitantes et des liniments excitants à l'acide acétique, à l'acide phénique, à la teinture de cantharides, etc. (Voir T. I, p. 109 et T. II, p. 289.) Ce traitement doit être également continué longtemps, et il y a grand avantage à en varier les agents, leurs effets s'épuisant au bout d'un certain temps ; nous avons l'habitude, pour nous rendre mieux compte des résultats obtenus par les diverses préparations excitantes, d'employer simultanément sur plusieurs segments homologues du cuir chevelu plusieurs d'entre elles, et, lorsque l'essai a été suffisamment prolongé, nous étendons la surface d'action du topique qui a donné les meilleurs résultats.

La faradisation du cuir chevelu, les douches sulfureuses locales nous ont parfois donné de bons résultats, et nous conseillons d'en alterner l'usage avec celui des préparations pharmaceutiques.

Quant aux injections intradermiques et aux scari-

fications, nous avons assez nettement exprimé notre opinion sur elles à propos de la pelade (T. I, p. 119) pour n'avoir pas à y revenir ici.

Aux agents irritants il convient d'associer les lotions au sublimé, les lavages à l'eau chaude et aux savons au naphthol, au goudron, au soufre, à l'acide salicylique, etc.; les pommades soufrées, les pommades au baume du Pérou, au naphthol, à la résorcine peuvent encore être utilisées dans le traitement de cette affection rebelle.

L'épilation nous semble absolument inutile dès que la nature nerveuse de la maladie est reconnue; nous conseillons uniquement de tenir courts les poils qui persistent, et, si les malades sont obligés de porter des postiches, de les faire aussi légers que possible, de les conserver le moins longtemps possible sur la tête et de les doubler d'une coiffe mince en toile qui sera changée fréquemment.

ALOPÉCIES INNOMINÉES

Exposé clinique et étiologique. — Avec M. Besnier, nous comprenons dans le groupe des alopécies innominées une série d'affections du cuir chevelu, se traduisant par la production de taches alopéciques d'apparence plus ou moins nettement cicatricielle, à la surface ou à la périphérie desquelles se montrent généralement des lésions inflammatoires ou pustuleuses de courte durée.

Ce groupe, encore très imparfaitement connu, a été souvent confondu avec la pelade.

Les affections qui le constituent diffèrent cliniquement de la pelade par la présence de lésions inflammatoires, par la configuration irrégulière, par l'aspect cicatriciel des plaques alopéciques, par la destruc-

tion irrémédiable des follicules pileux, entraînant la permanence de l'alopécie.

Il comprend les faits désignés sous les noms de folliculites destructives des régions velues (Quinquand), de folliculites décalvantes (Brocq), de pseudo-pelade (Brocq), de sycosis lupoïde (Brocq), d'acné décalvante (Lailler), d'acné lupoïde (Pr. Morrow et les auteurs américains).

Il n'entre pas dans le plan de cet ouvrage de décrire isolément ces différents types cliniques, qui offrent d'étroites relations les uns avec les autres et dont la définition sommaire du groupe suffit à montrer les principaux caractères extérieurs. Leur thérapeutique est d'ailleurs — et c'est ce qui importe le plus au praticien — identique.

Traitement. — Les indications du traitement sont fournies par la marche extensive de la maladie, dont les plaques tendent à s'accroître irrégulièrement par leur périphérie et à atteindre successivement plusieurs points du cuir chevelu, par la présence de lésions pustuleuses vraisemblablement d'origine microbienne et par l'état général des malades.

Le *traitement interne* sera subordonné aux renseignements fournis par l'examen des fonctions du sujet atteint. Il sera tonique et reconstituant dans certains cas; d'autres fois, il aura à combattre des troubles gastro-intestinaux. Presque toujours, il y aura avantage à soumettre les malades, au moins pendant un certain temps, à l'emploi des antiseptiques du tube digestif : on sait, en effet, que les fermentations dont celui-ci est le siège favorisent singulièrement le développement et la persistance des affections suppuratives du tégument; les travaux du professeur Bouchard et de ses élèves ont suffisam-

ment établi ce fait pour que, dans des affections dont la pathogénie est aussi mal déterminée que celle des alopécies innominées, on ne néglige pas cette indication, si théorique qu'elle soit.

Le régime alimentaire des malades sera également formulé dans ce sens et on supprimera tous les aliments qui peuvent fournir matière à des auto-intoxications et provoquer des irritations cutanées : poissons de mer, mollusques, crustacés, gibier, viandes de conserve, mets trop épicés, etc.

Localement, les cheveux seront tenus courts autant que possible et dans les mêmes conditions que chez les peladiques. Au pourtour des plaques ou des éléments isolés, les cheveux seront coupés courts.

Le cuir chevelu sera soumis, comme dans la pelade, à des savonnages quotidiens avec le savon de toilette ou avec des savons antiseptiques au naphthol, au sublimé, etc., et à des lotions antiseptiques au sublimé (liqueur de van Swieten), au biiodure de mercure, au phéno-salyl, au salol, à la créoline, etc.

L'épilation, recommandée par M. Besnier et par Ducrey et Stanziale (1), est incontestablement indiquée pour arrêter les progrès extensifs de la maladie : on devra enlever à la pince tous les poils qui bordent les plaques alopéciques dans une étendue de 3 à 4 millimètres, et surveiller de près cette bordure, en la reculant si de nouvelles lésions viennent à se produire ; il en sera de même au pourtour des lésions pustuleuses isolées qui peuvent se montrer sur les différentes régions du cuir chevelu. Lorsqu'il persiste

(1) *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1892, p. 239.

à la surface des plaques alopéciques quelques poils isolés ou des traînées de poils formant enclave, ils seront également avulsés afin de tenter de les conserver, et on ne les laissera repousser librement que lorsque le processus semblera éteint.

Les séances d'épilation seront suivies, pendant deux ou trois jours, de l'application de topiques émollients et légèrement antiseptiques (cataplasmes de fécule de pommes de terre préparés à l'eau boriquée ou mieux compresses imbibées d'eau boriquée) pour calmer l'inflammation qui leur succède et qui pourrait risquer d'aboutir à la production de nouveaux éléments pustuleux aggravant la maladie.

Lorsqu'il existe à la surface des plaques alopéciques des pustules ou des traces d'inflammation, la première indication sera d'en obtenir la résolution. Dans ce but, on pourra avoir recours à des pommades à base d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth, de dermatol, à des emplâtres à l'oxyde de zinc ou au dermatol, à l'emplâtre rouge de Vidal, en ayant soin de faire chaque jour, sur les plaques, un lavage avec une solution antiseptique.

Souvent, cependant, ces topiques seront insuffisants à amener la résolution des éléments pustuleux et à entraver leur repullulation. Aussi, après les avoir essayés pendant deux ou trois semaines, — ou même dès le début du traitement si les pustules sont très nombreuses et surtout recouvrent presque toute la surface malade, — devra-t-on tenter l'emploi de la médication substitutive.

Les agents qui ont été proposés dans ce but sont surtout ceux qui sont employés dans le traitement de l'acné.

Quinquaud (1) conseillait de faire tous les dix jours un badigeonnage de teinture d'iode sur les surfaces malades et sur les parties avoisinantes.

Le soufre peut être employé sous forme de pommade au dixième additionnée ou non d'un centième d'acide salicylique, ou sous forme de lotions semblables à celles employées dans l'acné. (Voir T. II, p. 341).

Ces lotions seront faites pendant quatre ou cinq jours consécutifs, puis suspendues pendant un temps égal, pendant lequel on appliquera une pommade à l'oxyde de zinc. De même que dans l'acné, les eaux sulfureuses, celles de Luchon et d'Uriage en particulier, seront souvent utiles.

Ducrey et Stanziale se sont bien trouvés des badigeonnages à l'ichthyol : nous renvoyons, pour le mode d'emploi de cette substance, aux indications que nous avons données à propos de l'acné. (T. II, p. 142.)

Dans des cas rebelles, les applications de savon noir, faites suivant la méthode employée dans l'acné, pourraient être utiles, mais demandent une certaine prudence et une surveillance attentive.

M. Brocq recommande également l'emploi des pommades mercurielles, au turbith ou au précipité jaune par exemple. Lailler employait la pommade au turbith dans l'acné décalvante.

Lorsque les pustules sont très persistantes et les lésions inflammatoires rebelles à tout traitement, les cautérisations ignée ou plus rarement les scarifications linéaires peuvent devenir indiquées.

Les traitements précédents s'appliquent aux cas où les alopécies innominées s'accompagnent ou sont sous la dépendance de lésions inflammatoires des

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 10 août 1888.

follicules pileux, avec production de pustules. Mais ces lésions peuvent faire défaut ou être peu prononcées, ou elles peuvent avoir disparu, quoique les plaques alopéciques continuent à s'étendre. En pareil cas, les préparations excitantes et antiseptiques tout à la fois pourront s'opposer à l'extension du processus. Ces préparations sont celles qui sont employées dans le traitement de la pelade : alcoolats de lavande et de romarin, teinture de cantharides, teinture de noix vomique, essence de Wintergreen, etc., additionnés de sels mercuriels, d'acide salicylique, etc. (Voir T. II, p. 289). Nous ferons seulement observer ici qu'on ne doit jamais, dans les alopécies innominées, faire usage de préparations trop irritantes, qui risqueraient de réveiller, avec une intensité excessive, une inflammation éteinte. Leur emploi doit donc être prudent, et les résultats doivent être surveillés de près. Lorsque le processus est arrêté depuis longtemps, il y aura parfois avantage à reprendre avec un peu plus d'énergie le traitement excitant, afin d'activer la repousse des quelques poils, toujours rares malheureusement, qui ont persisté au milieu des plaques malades.

Les malades seront prévenus, dès le début du traitement, qu'ils ont peu d'espoir à conserver sur la repousse des cheveux et qu'ils seront sans doute condamnés à dissimuler par des artifices les plaques alopéciques, heureux si celles-ci ne s'étendent pas d'une façon désespérante, malgré un traitement rationnel et régulièrement suivi.

PSEUDO-ALOPÉCIE PAR FRICTIONS

Exposé clinique. — On voit parfois, chez les enfants, à la suite de frottements répétés de la partie

postérieure du crâne, les cheveux de cette région se casser à une faible distance du cuir chevelu, constituant une sorte de décalvation mécanique, qui diffère des alopécies véritables par la conservation de la portion dermique du poil.

Cette fausse alopécie s'observe surtout chez les enfants faibles, dont le sommeil est entrecoupé ; elle ne demande aucun traitement local, les cheveux reprenant leur développement lorsque la cause mécanique qui les fait tomber cesse de se produire.

On doit en rapprocher la chute des cheveux produite par l'usage excessif du peigne fin et celle qui se montre au vertex chez les femmes à la suite de l'usage du peigne à chignon : celle-ci aussi ne réclame aucun autre traitement que la suppression de sa cause, mais elle est plus irrémédiable, la séborrhée s'étant souvent développée comme conséquence d'une hygiène défectueuse du cuir chevelu.

TRICHOTILLOMANIE

Exposé clinique et étiologique. — Nous rangeons parmi les affections du système pileux, bien qu'en réalité il ne s'agisse pas d'un état pathologique de ce système, les faits singuliers d'arrachement des poils par des sujets atteints de prurit cutané ou de troubles nerveux (trichomanie de M. Besnier, trichotillomanie de M. Hallopeau) : ces sujets arrivent par le grattage répété ou par des tractions plus ou moins violentes à enlever les poils d'une région et à produire une alopécie singulière.

Ces faits rentrent plutôt dans le domaine de la pathologie nerveuse, et leur **traitement** consiste dans l'emploi des médicaments nervins et des antiprurigineux, s'il existe un prurit qui pousse les malades à

se gratter; en l'absence d'une cause locale, leur thérapeutique est celle des troubles psychiques désignés sous le nom de manies.

Canitie.

Exposé clinique et étiologique. — La canitie ou décoloration des poils, parfois congénitale, est presque toujours le résultat de l'âge, dont l'influence peut être accrue par des chagrins, des maladies diverses, le surmenage intellectuel. Elle peut être la conséquence de troubles nerveux, comme la migraine, de lésions du cuir chevelu, comme l'érysipèle.

La canitie physiologique débute par les régions temporales et tend à se généraliser.

La canitie partielle peut être d'origine congénitale, constituant une variété de nævus leucopathique, ou survenir à la suite de lésions diverses du cuir chevelu et en particulier de la pelade.

Il n'existe pas de **traitement** de la canitie. On peut seulement, chez les sujets qui tiennent à la dissimuler, recourir à des préparations tinctoriales, que nous indiquerons au chapitre des teintures (Voir T. II, p. 343); les pommades et les cosmétiques ne donnent que des résultats très insuffisants et ne font souvent que rendre plus apparente la décoloration que l'on veut pallier.

Hypertrichose.

Exposé clinique et étiologique. — Les poils peuvent se développer anormalement sur des régions qui n'en sont habituellement pas couvertes.

Les faits d'hypertrichose généralisée sont rares, constituent le plus souvent des difformités curieuses;

ils s'observent souvent chez plusieurs sujets d'une même famille.

L'hypertrichose localisée est beaucoup plus fréquente.

Elle peut être congénitale, au niveau d'un nævus pigmentaire le plus souvent, ou survenir à un âge plus ou moins avancé. Chez la femme, elle peut occuper le tronc, en particulier au niveau de l'aréole mammaire et dans l'espace intermammaire, et surtout le visage, spécialement à la lèvre supérieure et au menton : très fréquente chez les femmes âgées, principalement chez celles dont le système pileux est de coloration foncée, l'hypertrichose du visage peut se développer de bonne heure et constituer une difformité véritable, dont les femmes cherchent à se débarrasser par tous les moyens possibles.

Traitement. — Les procédés employés pour faire disparaître les poils anormaux sont la section avec les ciseaux ou le rasoir, qui exagère la poussée des poils ; le flambage, qui est presque aussi mauvais ; les pâtes dépilatoires (Voir T. II, p. 236), qui ne détruisent pas la racine du poil et peuvent être uniquement employées pour faire disparaître un léger duvet ; enfin la destruction des follicules pileux par l'électrolyse, qui est actuellement le moyen le plus sûr de traitement de l'hypertrichose. Nous en donnerons plus loin (Voir T. II, p. 266) le manuel opératoire et les indications avec tous les détails qu'ils comportent.

Folliculites et périfolliculites.

On donne le nom de folliculites aux inflammations des follicules pileux, de la gaine du poil et des glandes annexes.

Ces lésions confinent aux acnés, et il est des types cliniques qui pourraient aussi bien être désignés sous le nom d'acné que sous celui de folliculite ou réciproquement : telles sont, par exemple, les folliculites décalvantes qui ont été désignées sous le nom d'acné décalvante et que nous avons étudiées parmi les alopécies innominées (Voir T. II, p. 167).

Plusieurs affections que nous avons décrites dans les maladies parasitaires devraient être rangées dans les folliculites, si la notion de cause ne primait la notion de localisation anatomique : tels sont le lichen scrofulosorum et la trichophytie folliculaire.

Nous n'étudierons pas ici les folliculites agminées en placards, décrites par M. Leloir, que nous considérons avec M. Sabouraud comme d'origine trichophytique : si leur nature véritable a pu être méconnue par d'excellents observateurs, la raison en est dans la difficulté d'y déceler la présence du trichophyton sans avoir recours aux cultures sur milieux solides; d'ailleurs, la présence ou l'absence du trichophyton, s'il était prouvé que ces lésions peuvent dépendre de parasites multiples, ne modifierait en rien leur traitement.

Les lésions décrites par M. Barthélemy sous les noms d'acnitis et de folliclis et rangées parfois parmi les folliculites sont en réalité des hidradénites, et ont été étudiées avec les maladies des glandes sudoripares. (Voir T. II, p. 114.)

Ces éliminations successives nous amènent à ne plus ranger dans le chapitre des folliculites qu'un petit nombre de lésions dues à la présence de parasites microbiens dans les follicules pileux. Leur étude aurait dû, logiquement, se placer dans le groupe des dermatoses d'origine microbienne à côté

de l'ecthyma; mais leur siège anatomique leur imprime un caractère particulier et justifie à notre sens cette dérogation à la classification étiologique que nous avons adoptée.

Ces lésions sont décrites par la plupart des auteurs sous le nom générique de sycosis; nous pensons qu'il y a intérêt, au point de vue clinique, à décrire séparément les folliculites simples, sans lésion prononcée des tissus périfolliculaires, et le sycosis dans lequel l'inflammation de ces tissus se traduit par des nodosités résistantes et saillantes : les deux lésions se succèdent fréquemment, mais l'affection peut aussi rester à l'état de folliculite simple, de même que le tubercule sycosique peut être la première manifestation de l'affection.]

FOLLICULITE SIMPLE

Exposé clinique et étiologique. — Cette affection se traduit uniquement par la présence de pustules de petites dimensions ne dépassant pas la largeur d'une tête d'épingle, occupant la base d'un poil qui émerge de leur centre. Cette pustule peut être entourée d'une zone rouge, généralement peu étendue et faisant une légère saillie, mais sa base ne présente aucune induration.

Les pustules sont isolées les unes des autres, évoluent avec une grande irrégularité, de sorte qu'on en observe à différents degrés de leur développement sur une même région; elles se multiplient par réinoculations successives.

Lorsqu'elles sont réunies en grand nombre dans une région donnée, elles s'accompagnent souvent d'une rougeur diffuse, avec desquamation épidermique et apparence eczémateuse du tégument.

Elles peuvent guérir sans laisser de traces autres que la disparition d'un certain nombre des poils de la région atteinte; d'autres fois, après avoir duré plus ou moins de temps, elles retentissent sur les tissus périfolliculaires, et deviennent l'origine du sycosis.

Les folliculites simples peuvent s'observer sur toutes les régions recouvertes de poils, sur les membres, principalement chez les sujets dont le système pileux est très développé, comme sur le cuir chevelu; mais leur siège le plus ordinaire est la barbe.

Elles sont dues à la présence d'agents pyogènes qui paraissent être multiples.

A la barbe, l'inoculation en est parfois produite par le rasoir. Aux membres, les folliculites sont fréquemment le résultat du contact de substances irritantes ou altérées et renfermant des agents microbiens : à ce titre, on les observe chez les vétérinaires, les bouchers, les filateurs, etc. Mais, dans bien des cas, elles semblent être causées par les organismes pyogènes existant à la surface du tégument.

Il est assez habituel de voir survenir à la suite de l'épilation, quelle que soit la maladie pour laquelle on l'a pratiquée, une folliculite légère qui disparaît facilement par l'emploi des émollients; l'application des parasiticides énergiques après l'épilation exagère l'intensité de ces lésions.

Traitement. — Le traitement des folliculites simples est, à peu de chose près, celui de l'ecthyma : les enveloppements humides avec des liquides antiseptiques sont préférables aux autres modes de traitement; les solutions faibles de sublimé et de phénosalyl doivent être particulièrement recommandées:

cependant il faut remarquer qu'elles provoquent parfois une irritation assez vive et une exacerbation des lésions ; dans ces cas, l'eau bouillie, les décoctions de camomille, de fleurs de sureau, etc., sont souvent mieux supportées et par suite préférables ; s'il existe une inflammation vive, on se trouvera quelquefois mieux des cataplasmes de fécule de pommes de terre, dont nous recommandons de ne pas prolonger l'emploi, car ils peuvent favoriser la dissémination des lésions ; les pulvérisations tièdes rendent également de grands services dans ces cas.

Lorsque les folliculites sont en voie de décroissance, le meilleur topique est la pâte de zinc additionnée de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique ou de résorcine ; si la maladie tardait à disparaître, on pourrait recourir aux pommades soufrées, faibles ou fortes (5 à 15 0/0), aux pommades à la résorcine (5 à 10 0/0) ou aux badigeonnages d'ichthyol.

Ce traitement local serait insuffisant si on n'avait soin de débarrasser la région malade des poils qui la recouvrent et qui servent de support aux agents microbiens : lorsque les lésions inflammatoires sont intenses, les poils doivent être extraits à la pince ; le plus souvent on peut se contenter de les couper ras aux ciseaux, mais on doit toujours s'abstenir de les raser, la rasure irritant encore les follicules pileux.

SYCOSIS

Exposé clinique et étiologique. — Le nom de sycosis doit être réservé aux inflammations des follicules pileux avec retentissement sur les tissus périfolliculaires et production de nodosités dures et saillantes, de tubercules au sens dermatologique du mot.

Par ce caractère le sycosis diffère à la fois de

l'eczéma et des folliculites simples, auxquels il peut succéder, mais avec lesquels il ne doit pas être confondu.

Le sycosis, précédé ou non de ces lésions, se traduit par le développement de nodosités dures, de coloration rougeâtre, dont le centre est occupé par un poil et souvent par une pustule; la pression sur ces nodosités en fait parfois sourdre une petite quantité de pus par un orifice central.

Les nodosités peuvent être isolées, du volume d'un pois en moyenne, ou réunies en placards plus ou moins larges et le plus souvent irréguliers à leur surface. Elles s'accompagnent souvent de desquamation épidermique d'apparence eczémateuse.

Le siège presque exclusif du sycosis est la barbe, au niveau des joues, du menton ou de la lèvre supérieure. Les lésions sont souvent disséminées, parfois symétriques.

Le sycosis s'observe surtout chez l'adulte, et particulièrement chez les arthritiques.

Des parasites microbiens divers peuvent le produire ; mais il ne semble pas encore possible de décrire séparément des types cliniques relevant d'espèces parasitaires déterminées. Rappelons que Bazin décrivait sous la dénomination de sycosis non parasitaire les affections auxquelles on donne aujourd'hui le nom de sycosis et que l'on considère comme d'origine microbienne : il appelait sycosis parasitaires les formes folliculaires de la trichophytie de la barbe.

Traitement. — La nature microbienne du sycosis ne semble pas devoir faire négliger le *traitement interne* dans cette affection, dont la longue durée et les récidives fréquentes doivent être attribuées pour

une part au moins à l'état constitutionnel des malades. Les règles du traitement général des eczémas s'appliquent à celui du sycosis et nous n'y reviendrons pas ici, renvoyant le lecteur au chapitre du traitement des eczémas (T. I, p. 379).

Le *traitement local* du sycosis est particulièrement laborieux; cette affection est une des plus désespérantes par sa ténacité et la facilité de ses récidives, et, à ce point de vue, son pronostic est très différent de celui des trichophyties à forme folliculaire.

La première indication du traitement local du sycosis est de nettoyer les surfaces malades; si elles sont recouvertes de croûtes, on fera tomber celles-ci au moyen de pulvérisations tièdes, de cataplasmes de fécule de pommes de terre, d'enveloppements humides avec des compresses imbibées d'eau boriquée, de solution de phénosalyl, etc. Il sera souvent nécessaire, pour faciliter cette opération, de couper les poils aux ciseaux à une petite distance de la peau.

Une fois la propreté des surfaces malades obtenue par ces moyens, il importe de couper les poils de la barbe ras, aux ciseaux, jamais avec le rasoir qui irriterait la peau et faciliterait les réinoculations; cette coupe doit presque toujours porter sur toute la barbe, en respectant seulement la moustache si elle est indemne; elle doit en tous cas mettre à nu la peau sur une certaine étendue autour des lésions sycosiques, afin de faciliter la surveillance et l'application des pansements.

Au niveau même des lésions et sur une étendue d'un centimètre environ autour d'elles, on épilera tous les poils : nous croyons cette opération sans inconvénients, malgré les objections faites par quelques dermatologistes; nous lui trouvons par contre l'avan-

tage de supprimer une cause d'irritation permanente pour les follicules enflammés et d'arrêter l'extension de la maladie, les poils persistants servant de repaire et de conducteurs aux agents pyogènes.

Puis on ouvrira toutes les pustules au moyen d'une lame tranchante étroite, telle qu'une aiguille à scarifier, ou mieux au moyen d'une pointe fine de galvano-cautère.

Ces préliminaires terminés, on recourra aux enveloppements humides avec des compresses imprégnées de solution de sublimé au 2000e ou, si elle est mal supportée, de solution de phéno-salyl au 300e ou d'eau boriquée, et on continuera l'emploi de ces topiques jusqu'à ce que l'inflammation ait sensiblement diminué : quand ils sont bien supportés et ne provoquent pas de macération de l'épiderme, leur usage diminue la durée totale de la maladie.

Les enveloppements de caoutchouc nous ont toujours paru moins efficaces que les enveloppements humides avec des liquides antiseptiques et doivent d'ailleurs être réservés aux périodes dans lesquelles la suppuration folliculaire est complètement tarie.

Quand on cesse l'usage des enveloppements humides, il est bon, avant de recourir aux topiques actifs, de faire appliquer pendant quelques jours une pâte à l'oxyde de zinc salicylée, puis on peut arriver à l'emploi des pommades au calomel au 1/30, à l'oxyde de jaune de mercure au 1/30; ou aux pommades soufrées au 1/10 additionnées de 2 0/0 d'acide salicylique. Ces préparations sont les plus recommandables parmi celles qui peuvent être employées dans le traitement du sycosis; leurs effets doivent être surveillés, et, lorsqu'elles déter

minent une inflammation trop vive, elles doivent être remplacées par les pommades à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth.

La résorcine en pommades à 5 ou 10 0/0, l'acide pyrogallique en pommade à 5 0/0, l'ichthyol en badigeonnages, la teinture d'iode peuvent également être essayés dans les cas rebelles.

Lorsque les lésions sont localisées et résistent à ces topiques, on se trouve parfois bien de l'emploi des emplâtres, soit l'emplâtre de Vigo, soit, s'il est est mal supporté, l'emplâtre rouge de Vidal ou l'emplâtre adhésif boriqué, l'emplâtre à l'oxyde de zinc salicylé; mais l'action de ces préparations doit toujours être surveillée, car elles provoquent parfois des irritations vives et des exacerbations.

Ces divers topiques doivent être associés à des lavages répétés au moins chaque jour avec des solutions antiseptiques : solution de sublimé au 1000e ou au 2000e, solution de phéno-salyl au 300e ou avec de l'eau chaude et du savon au naphthol, au goudron, au soufre, suivant la tolérance des téguments.

Dans les cas rebelles, on pourra, à la condition d'en surveiller de très près les effets, recourir à l'emploi du savon noir, en frictions ou en emplâtres, comme dans le traitement de l'acné. (Voir T. II, p. 139.)

Les scarifications linéaires quadrillées peuvent également être employées dans le traitement du sycosis, à la condition de les réserver aux cas très rebelles et d'y recourir seulement dans les périodes où, la suppuration folliculaire étant tarie, les lésions de périfolliculite persistent seules. Si la suppuration se prolongeait démesurément malgré l'emploi méthodique des antiseptiques, il serait de beaucoup préférable de détruire les follicules enflammés par la

cautérisation ignée. En aucun cas nous ne considérons comme légitime l'emploi de la curettepour extirper les nodosités sycosiques.

AFFECTIONS DES ONGLES

Les lésions unguéales sont très mal connues et leur diagnostic est des plus embarrassants; la raison en est dans la simplicité de structure de ces appendices : les causes les plus diverses ne peuvent produire qu'un nombre très limité de réactions anatomiques, et par suite, que des phénomènes cliniques peu variés. Il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler que l'eczéma et le psoriasis déterminent des altérations unguéales à peu près identiques.

Les ongles peuvent être lésés dans le cours d'un grand nombre de dermatoses : dermites de cause externe, eczéma, psoriasis, pityriasis rubra, éléphantiasis, etc. ; leurs altérations se confondent le plus souvent alors dans la symptomatologie de l'affection cutanée et ne demandent aucun traitement particulier. Ils peuvent être le siège de lésions parasitaires (onychomycoses) qui ont été étudiées à propos du favus et de la trichophytie. (Voir T. I, p. 80 et 103.)

Leurs altérations sont plus importantes et plus irrémédiables dans les dermatoneuroses consécutives aux lésions traumatiques des nerfs, dans la sclérodactylie, la syringomyélie; elles peuvent se traduire par leur chute, suivie ou non de leur reproduction, dans le tabes et dans quelques autres affections du système nerveux.

En dehors des onyxis et des périonyxis qui sont du ressort de la chirurgie et que nous n'avons pas

à étudier ici, des anomalies de coloration qui n'ont aucun intérêt thérapeutique, nous ne devons insister que sur deux ordres de lésions propres aux ongles, leur hypertrophie et leur atrophie.

Hypertrophie des ongles.

Exposé clinique. — L'hypertrophie unguéale peut être régulière et uniforme (*onychauxis*); elle ne présente aucune importance et n'est justiciable d'aucun traitement.

D'autres fois elle est irrégulière, se traduit par l'épaississement de la partie antérieure de l'ongle qui est sillonnée de saillies généralement transversales, se recourbe dans le sens de l'axe du doigt ou se contourne en divers sens, constituant une véritable corne de dimensions variées, pouvant atteindre plusieurs centimètres de long : cette affection a reçu le nom d'*onychogryphose*.

Elle constitue une difformité, qui tend toujours à se reproduire après la chute ou la section de l'ongle. Elle se développe surtout chez les sujets qui ne prennent aucun soin de leur personne, et occupe plus souvent les ongles des orteils que ceux des doigts; elle peut se limiter à un ou deux ongles ou en atteindre un plus grand nombre.

Traitement. — Le traitement de l'onychogryphose consiste à peu près uniquement dans la section de la corne unguéale, section qui, par suite de la consistance de l'ongle, doit être opérée au moyen d'une scie. Lorsque les lésions sont encore peu développées, on peut parfois se contenter de diminuer l'épaisseur de l'ongle en le limant avec une lime d'acier ou en le ruginant avec une curette. Ces procédés permettent

encore de régulariser la portion restante de l'ongle dont on a enlevé avec la scie la partie la plus saillante.

Lorsqu'on a ainsi enlevé mécaniquement l'ongle hypertrophié, on peut essayer, par les applications de pommades salicylées au 20e ou au 10e, par les emplâtres salicylés au 20e, ou par les emplâtres adhésifs ou l'emplâtre de Vidal, de régulariser sa croissance; mais ces moyens échouent le plus souvent et on est obligé de revenir tôt ou tard à l'ablation mécanique. Les divers traitements internes sont sans action sur l'hypertrophie unguéale.

Atrophie des ongles.

Exposé clinique. — L'atrophie des ongles peut se traduire par la production de dépressions linéaires, longitudinales ou transversales, ou ponctuées, avec conservation de la lame superficielle. D'autres fois cette lame fait défaut : au niveau des dépressions l'ongle présente une série de petites cavités irrégulières, au pourtour desquelles son tissu s'écaille, prend l'aspect de la moelle de jonc ou de paillettes de mica ; son extrémité libre offre les mêmes altérations et l'ongle peut disparaître plus ou moins complètement par les progrès de ces lésions. En certains points, l'ongle peut être augmenté d'épaisseur, mais feuilleté et friable.

L'atrophie unguéale peut être la conséquence de lésions très diverses de la matrice et du limbe unguéal ; elle peut se montrer dans le psoriasis et l'eczéma avec ou sans localisation aux phalanges; elle coïncide fréquemment avec l'hyperhidrose des extrémités et avec les kératodermies; elle se produit par-

fois seule, sans cause appréciable, et est alors généralement regardée comme d'origine trophoneurotique, bien qu'il soit souvent difficile de démontrer l'existence d'un trouble nerveux.

Ces lésions occupent fréquemment plusieurs ongles, simultanément ou successivement ; elles peuvent se limiter aux ongles des doigts ou envahir également ceux des orteils ; elles récidivent souvent.

Traitement. — Les lésions atrophiques des ongles sont presque toujours améliorées par l'application continue d'emplâtres non irritants, l'emplâtre adhésif boriqué et l'emplâtre rouge de Vidal de préférence ; l'usage des doigtiers de caoutchouc, préconisé par quelques auteurs, nous a toujours paru moins efficace. On a recommandé encore les applications d'huile de foie de morue, d'huile de cade et d'huile de bouleau.

DEUXIÈME PARTIE

AGENTS THÉRAPEUTIQUES USITÉS EN DERMATOLOGIE ET LEUR MODE D'EMPLOI

Nous réunissons dans cette deuxième partie l'étude des agents thérapeutiques, pharmaceutiques, physiques et chirurgicaux qui peuvent être utilisés dans le traitement des affections cutanées. Nous y donnons leurs indications sommaires, leur mode d'emploi, les formules des préparations dans lesquelles entrent les agents pharmaceutiques.

Nous avons pensé faciliter de la sorte les recherches du lecteur, qui trouvera ici tout à la fois un formulaire et un précis de manuel opératoire.

La liste des médicaments qui ont été préconisés contre les affections cutanées est indéfinie : nous n'avons nullement la prétention et nous n'avions d'ailleurs pas le désir de la donner complète ; il aurait fallu passer en revue toute la matière médicale. Nous avons cherché cependant à denner l'indication et le mode d'emploi des agents thérapeutiques réellement utiles et dont l'efficacité nous est démonrée.

Le lecteur trouvera en outre, dans les pages qui suivent, l'énumération d'un certain nombre de substances récemment introduites dans la thérapeu-

tique dermatologique, sur lesquelles l'expérience n'a pas prononcé ou qu'elle a fait rapidement rejeter comme inutiles ou nuisibles. Nous les lui avons cependant signalées, dans le but de lui éviter des recherches bibliographiques souvent laborieuses.

Acétique (Acide).

L'acide acétique pur (acide acétique cristallisable), en nature ou étendu de une à deux parties d'eau, peut être employé comme caustique dans les verrues, le lupus érythémateux et les épithéliomas superficiels d'origine sébacée (Arnozan). A l'état pur, il doit être manié avec précautions (Voir *Caustiques*).

On a cru trouver dans cette substance un parasiticide applicable aux diverses variétés d'affections parasitaires du cuir chevelu.

Il agit utilement comme excitant dans les alopécies, surtout dans la pelade.

Le liniment chloro-acétique de M. Besnier

Acide acétique cristallisable........	1 à 4 gr.
Hydrate de chloral......................	5 gr.
Ether officinal..........................	25 —

est une des meilleures préparations à employer contre cette affection. La dose d'acide acétique peut être variée suivant l'irritabilité du cuir chevelu, de façon à obtenir la rubéfaction des plaques alopéciques. On l'applique par frictions légères avec un tampon d'ouate hydrophile et on renouvelle les applications tous les jours ou tous les deux jours, suivant le degré de congestion obtenue.

On peut encore, comme M. Besnier l'a conseillé, faire des badigeonnages légers avec un mélange d'une

partie d'acide acétique cristallisable et de une à quatre parties de chloroforme ; mais ces applications, très irritantes et souvent douloureuses, doivent être faites à intervalles espacés et seulement par le médecin, qui doit en surveiller les effets, tandis que le liniment chloro-acétique exige moins de précautions.

Dans le favus, M. Besnier recommande les frictions quotidiennes avec le liniment suivant :

Acide acétique cristallisable..............	0,25 à 1 gr.
Acide borique..........................	2 gr.
Chloroforme........................	5 —
Alcool à 90°........................	100 —

Alumnol.

L'alumnol est un sulfonaphtholate d'alumine; c'est une poudre fine, blanche, très soluble dans l'eau, soluble dans la glycérine, insoluble dans l'éther, peu soluble dans l'alcool. Sa réaction est acide.

Il jouit de propriétés réductrices et antiseptiques.

Il a été préconisé dans les ulcérations cutanées, dans les diverses variétés d'eczémas, dans les acnés, dans le psoriasis, dans le prurigo, etc.

Heintz et Liebrecht (1) et Chotzen (2) l'ont employé en pommades de 2 à 20 0/0, en solutions de 10 à 50 0/0, en vernis, ou mélangé à des poudres inertes.

Il n'a été fait en France, à notre connaissance, aucun essai suivi de cette substance dans les affections cutanées.

Anthraròbine.

Cette substance, retirée de l'alizarine de la garance, est une poudre d'un blanc jaunâtre, soluble dans

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1892, p. 1158.
(2) *Ibidem*, p. 1219.

l'alcool et la glycérine. Elle jouit de propriétés réductrices très accusées.

Elle répond aux mêmes indications que l'acide chrysophanique et a sur lui l'avantage de ne pas irriter la peau ; cependant, Bronson (1) a vu les pommades à 20 0/0 déterminer une irritation intense ; elle colore la peau en jaune.

Behrend (2), qui l'a surtout mise en honneur, déclare que, dans le traitement du psoriasis, elle est inférieure à l'acide chrysophanique, mais supérieure à l'acide pyrogallique. Il en a obtenu de bons résultats dans les trichophyties circinées et dans l'érythrasma.

Il l'emploie en pommade :

Anthrarobine........................	10 à 20 gr.
Huile d'olives........................	30 à 40 —
Lanoline ou axonge..................	Q. S. pour 100 gr.

et en solution :

Anthrarobine........................	10 à 20 gr.
Alcool..............................	90 à 80 gr.

Antipyrine.

L'action bien connue de l'antipyrine sur le système nerveux a conduit à employer cette substance à l'intérieur dans le traitement d'un certain nombre de dermatoses prurigineuses.

Blaschko (3) l'a préconisée à doses de 0,50 à 1 gramme par jour dans le strophulus, l'urticaire, les diverses variétés de prurit.

Nous en avons généralement obtenu de bons résul-

(1) *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, 1888, p. 409.
(2) *Therapeutische Monats.*. 1888, nº 3.
(3) *Société de Dermatologie de Berlin*, juillet 1890.

tats dans ces affections, mais à doses plus élevées que celles indiquées par Blaschko, et, pour obtenir une sédation du prurit, nous avons dû porter la dose quotidienne à 2 et parfois à 3 grammes. L'antipyrine ne saurait être employée, à l'intérieur, dans les affections prurigineuses qu'avec surveillance et d'une façon temporaire ; en effet, son usage prolongé détermine parfois des éruptions prurigineuses, elle diminue la sécrétion urinaire, ce qui n'est pas sans inconvénient dans des affections où la diurèse doit être maintenue avec soin.

Les pommades à l'antipyrine (de 2 à 5 et 10 0/0 d'excipient) sont généralement bien supportées, mais ne nous ont pas paru calmer sensiblement le prurit ni avoir d'action sur les dermatoses, les eczémas en particulier, dans lesquelles nous les avons essayées.

Aristol.

L'aristol ou biiodure de dithymol est un corps pulvérulent, rouge brun, obtenu par la réaction du thymol en solution alcaline sur une solution aqueuse d'iode dans l'iodure de potassium. Cette substance, insoluble dans l'eau et la glycérine, peu soluble dans l'alcool, soluble dans l'éther et les huiles grasses, n'a pas d'odeur accentuée.

Elle a été préconisée par Eichhoff (1) dans le psoriasis où elle a eu une période de grande vogue, mais où elle s'est montrée, pour presque tous les observateurs, inférieure à l'acide chrysophanique et à l'acide pyrogallique et où elle est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée. Le même

(1) *Monats. f. prakt. Dermat.* 1890, X, p. 85.

auteur l'a vantée dans l'eczéma séborrhéique, dans le lupus, dans la gale, la trichophytie cutanée, etc. Dans ces diverses affections elle était employée sous forme de pommade à 10 ou 20 0/0.

Actuellement l'aristol n'est plus utilisé qu'à l'état de poudre, comme succédané de l'iodoforme, dans les ulcérations de diverses natures ; on ne peut nier qu'il agisse favorablement sur ces lésions. M. Brocq l'a même employé avec succès dans les ulcérations cancéreuses.

Les emplâtres à l'aristol ne nous ont jamais paru présenter d'avantages appréciables sur les emplâtres au dermatol ou sur les emplâtres adhésifs simples.

Axonge.

L'axonge, ou graisse de porc purifiée, entrait dans la composition de presque toutes les pommades avant l'emploi de la vaseline et de la lanoline. Elle tend de plus en plus à être remplacée par ces deux graisses, qui ont sur elle l'avantage de ne pas subir de décomposition chimique. Celles-ci ne peuvent cependant pas toujours lui être substituées : il est des sujets, atteints de dermatoses inflammatoires, qui ne peuvent supporter ni la vaseline ni la lanoline et chez lesquels l'axonge, fraîchement préparée, est le seul topique innocent; il en est ainsi particulièrement dans les eczémas aigus et dans certains psoriasis très irritables tendant à se généraliser.

L'axonge doit toujours être employée fraîche, préparée par la fusion à température douce de panne de porc tué depuis peu et passée à travers un linge après sa fusion. Elle doit être renouvelée tous les trois à quatre jours.

L'addition de 5 grammes de teinture de benjoin par kilogramme (axonge benzoïnée) permet de la conserver plus longtemps sans altération.

Bains.

Les bains sont fréquemment employés en dermatologie.

Ils peuvent servir à nettoyer les surfaces malades, à les débarrasser des restes de pansements antérieurs ou des sécrétions accumulées à leur surface, à exercer sur les lésions cutanées une action calmante ou substitutive, enfin à agir sur la nutrition générale, à titre de sédatifs ou d'excitants. De ces derniers nous n'avons pas à nous occuper ici.

Les effets des bains dans les affections cutanées varient considérablement suivant leur durée, leur température, leur composition chimique.

La *durée* du bain doit généralement être courte, ne pas dépasser 20 à 25 minutes. Cette règle ne doit surtout pas être enfreinte dans les dermatoses exsudatives et irritables, dans lesquelles un bain trop long provoque souvent des poussées inflammatoires intenses.

Dans les affections squameuses, le psoriasis en particulier, les bains prolongés, durant 5 à 6 ou 8 heures, procurent souvent une amélioration très notable.

Enfin dans les dermatoses généralisées et graves, le pityriasis rubra, la dermatite exfoliatrice, le pemphigus foliacé, les bains continus ont été mis en honneur par l'École de Vienne : les malades séjournent dans le bain pendant plusieurs semaines et plusieurs mois. Il faut bien dire que les essais de

bains continus, tentés à plusieurs reprises en France, notamment par Lailler et par M. Besnier, n'ont pas été encourageants : l'installation faite à l'hôpital Saint-Louis d'un appareil à bains continus et à température constante est restée depuis plusieurs années sans emploi.

On sait cependant qu'à Louèche les bains continus de piscine sont parfois utilisés avec succès.

La *température* du bain ne doit pas être trop élevée, sous peine de produire des exacerbations dans les dermatoses irritables : le bain tiède, de 32 à 35°, est le plus convenable.

La *composition chimique* du bain a une influence non moindre.

Les bains simples, à l'eau de source ou à l'eau de pluie, ont peu d'indications dans les dermatoses; ils sont uniquement détersifs et sédatifs et, lorsqu'il n'y a pas à remplir d'indications spéciales, il est préférable de prescrire des bains émollients.

Ceux-ci conviennent dans les dermatoses irritables, dans les eczémas, dans les éruptions artificielles, dans les cas d'urticaire justiciables de la balnéation.

Les bains émollients sont les bains d'amidon, de son, de gélatine.

Les bains d'amidon se préparent en délayant 200 à 500 grammes d'amidon dans de l'eau dégourdie pour le faire gonfler, puis dans de l'eau chaude qu'on verse dans le bain.

Les bains de son se préparent en faisant bouillir 1 à 2 kilogrammes de son dans de l'eau, ou mieux en le renfermant dans un nouet de linge qu'on plonge dans le bain et qu'on malaxe de temps à autre jusqu'à ce que l'eau ait pris un aspect trouble.

Les bains de gélatine se préparent en faisant dissoudre 250 à 500 grammes de colle de Flandre dans 10 litres d'eau bouillante, qu'on verse dans la baignoire. Ces bains sont souvent beaucoup mieux supportés que les précédents dans les dermatoses suintantes.

Les bains calmants, de tilleul, de valériane, de feuilles d'oranger, etc., se préparent en faisant infuser 1 kilogramme de ces substances dans 10 litres d'eau qu'on ajoute au bain. Ils sont quelquefois utiles dans les dermatoses prurigineuses, chez les sujets nerveux.

Les bains médicamenteux proprement dits sont les bains alcalins, les bains sulfureux, les bains salés, les bains de sublimé et les bains vinaigrés.

Les bains alcalins se préparent en faisant dissoudre 100 à 250 grammes de sous-carbonate de soude dans l'eau du bain. Ils sont souvent irritants et doivent être réservés aux dermatoses sèches.

Les bains au borate de soude (50 à 250 grammes pour un bain) sont souvent employés par M. Besnier et donnent en particulier de bons résultats dans les formes sèches de l'eczéma séborrhéique.

Les bains sulfureux, dits bains de Barèges, renferment 100 grammes de trisulfure de potassium. Pour se rapprocher davantage de la composition des eaux de Barèges il faudrait, d'après M. Dujardin-Beaumetz (1), faire usage du mélange suivant :

Trisulfure de sodium cristallisé...........	60 gr.
Chlorure de sodium cristallisé............	60 —
Carbonate de soude......................	30 —

On dissout d'abord ces substances dans 1 litre

(1) *L'art de formuler*. Paris, 1894, p. 225.

d'eau chaude qu'on verse dans la baignoire après dissolution complète. Les bains sulfureux, très employés dans les dermatoses parasitaires, ne doivent être prescrits qu'avec précaution dans les autres affections cutanées; ils sont à rejeter de la thérapeutique des dermatoses irritables ou suintantes.

Les bains salés (5 kilogrammes de sel gris), comme les bains d'eau de mer et d'eau de salines, sont très utiles dans les dermatoses en relation avec le lymphatisme, mais ne doivent pas être prescrits dans les formes suintantes de ces dermatoses.

Les bains de sublimé nous paraissent avoir plus d'inconvénients que d'avantages. Ils ne doivent jamais être prescrits chez les sujets présentant des effractions épidermiques par lesquelles pourrait se faire une absorption du sel toxique. Quelques auteurs les préconisent encore dans les affections parasitaires de la peau, dans lesquelles nous les proscrivons pour ce motif; on les a vantés également dans le psoriasis. La dose de 15 grammes de sublimé et de sel ammoniac, généralement indiquée par les auteurs, nous paraît trop élevée, et nous conseillons, lorsqu'on croira devoir recourir à ces bains, de ne jamais dépasser 8 à 10 grammes de sublimé.

Les bains vinaigrés, quelquefois utiles dans les dermatoses prurigineuses, se préparent en versant 1 litre de vinaigre simple ou aromatique dans l'eau du bain qui peut être un bain simple ou un bain de son ou d'amidon.

Nous avons, dans le cours de ce chapitre, suffisamment indiqué les inconvénients que les bains peuvent présenter dans diverses affections, pour n'avoir pas à formuler de nouveau des réserves sur leur emploi dans certains cas où ils sont trop souvent prescrits

de façon banale au détriment des malades. Nous avons d'ailleurs, à propos des dermatoses en particulier, indiqué déjà les contre-indications à l'emploi des bains et les inconvénients qu'ils pouvaient présenter.

Nous insisterons une fois de plus ici sur les soins à prendre au sortir du bain. Dans les dermatoses suintantes, les malades ne doivent pas être soumis à des frictions trop vigoureuses : l'assèchement du tégument sera obtenu au moyen de linges fins sans exercer de frottements ; de plus, le pansement sera réappliqué aussitôt que possible, afin d'éviter la dessiccation des sécrétions et la formation des croûtes. Ces deux précautions sont indispensables pour ne pas provoquer une exacerbation que le bain peut déjà produire à lui seul.

Bassorine (Pâte de).

On prépare, en Amérique, avec le mucilage retiré de la gomme Bassora, une pâte dont voici la formule :

Bassorine	48 gr.
Dextrine	25 —
Glycérine	10 —
Eau	17 —

Cette pâte est de couleur fauve, inodore, de réaction neutre, se desséchant à l'air. Etendue en couche mince, elle constitue une sorte de vernis très adhérent, qui n'irrite pas la peau.

On peut lui incorporer des goudrons, de l'oxyde de zinc, des poudres inertes, de l'ichthyol, etc.

Elliot (1) vante cette préparation dans les affections

(1) *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, 1891, p. 48, et 1892, p. 184.

s'accompagnant d'une faible exsudation cutanée, dans les eczémas, les acnés, le psoriasis, dans les engelures, et la considère comme très supérieure aux collodions, aux traumaticines et aux gélatines médicamenteuses.

Unna s'en sert également comme vernis.

Nous n'en avons aucune expérience.

Baume du Pérou.

Le baume du Pérou provient du Myrolyxon peruiferum et surtout du Myrospernum Pereiræ (Légumineuses). Il est tantôt liquide, tantôt demi-solide. Il possède une odeur vanillée très agréable.

Le baume du Pérou est un parasiticide précieux pour le traitement de la gale dans les cas où l'emploi des pommades soufrées fortes est contre-indiqué par l'irritation des téguments.

Il est en outre utile comme agent substitutif dans quelques dermatoses chroniques comme le psoriasis, où son odeur le rend plus acceptable que l'huile de cade, quoique son action soit plus lente, dans les séborrhées sèches, les eczémas séborrhéiques.

Dans la gale, on peut faire des frictions avec le baume du Pérou pur ; la pommade suivante est préférable :

Baume du Pérou........................	10 à 15 gr.
Onguent styrax........................	15 —
Huile d'amandes douces..................	60 —

Dans les psoriasis avec squames peu épaisses, nous avons eu souvent recours à la pommade suivante :

Baume du Pérou........................	10 gr.
Acide salicylique......................	1 —
Vasiline ou axonge......................	100 —

Dans les séborrhées du cuir chevelu, M. Besnier prescrit très souvent la pommade suivante, que nous recommandons spécialement :

Baume du Pérou	ãa 1 gr.
Résorcine	
Acide salicylique	
Soufre précipité	5 à 10 gr.
Vaseline	ãa 50 gr.
Lanoline	

Lorsque les lésions eczémateuses associées à la séborrhée présentent quelque intensité, il est bon de porter la dose de baume du Pérou à 2, 3 ou 5 grammes.

La pommade ainsi modifiée peut être utilisée avec grand succès contre les eczémas séborrhéiques superficiels du tronc et des membres.

Baume styrax.

Le baume styrax est obtenu par l'ébullition dans l'eau de mer de l'écorce du Liquidambar orientalis (Balsamifluées). C'est une substance molle, d'odeur forte, douée de propriétés irritantes énergiques.

Il entre dans la composition de l'onguent styrax (voir p. 300).

Il est employé comme topique stimulant dans les ulcérations torpides et peut être utilisé pour le traitement mitigé de la gale.

Dans cette dernière affection, chez les sujets à peau irritable et surtout chez les très jeunes enfants, pour lesquels on doit rejeter l'usage des agents toxiques, M. Besnier recommande la préparation suivante :

Baume styrax	5 à 25 gr.
Menthol	0,25 à 1 gr.
Huile d'amandes douces	100 gr.

Bismuth.

Quatre sels de bismuth sont usités comme topiques en dermatologie : l'azotate, le carbonate, le salicylate et le tannate (pour ce dernier, voir *Dermatol*, p. 238).

Tous quatre jouissent de propriétés absorbantes et légèrement antiseptiques. Ils sont employés sous forme de poudres, purs ou mélangés à d'autres poudres inertes, ou en pommades.

Le salicylate de bismuth jouit, en outre, à un léger degré, des propriétés kératolytiques de l'acide salicylique et est employé, à l'état de poudre, contre les hyperhidroses locales.

En raison de leur prix assez élevé, l'emploi des sels de bismuth comme absorbants est réservé aux lésions peu étendues, aux ulcérations suintantes, dont ils amènent souvent la dessiccation avec une grande rapidité et sans provoquer d'accidents inflammatoires; ils n'entrent qu'en faible proportion dans les poudres absorbantes destinées à être répandues sur de grandes surfaces.

Dans les hyperhidroses locales, on peut employer une poudre contenant :

Salicylate de bismuth	5 à 8 gr.
Talc	} āā 50 gr.
Oxyde de zinc	}

Les pommades à l'azotate et au carbonate de bismuth peuvent être employées] comme succédanées des pommades à l'oxyde de zinc; dans les dermatoses inflammatoires, elles provoquent plus rapidement que ces dernières la dessiccation des lésions suintantes.

Sous-azotate de bismuth ou carbonate de bismuth	3 à 8 gr.
Vaseline	40 gr.

Les sels de bismuth ont l'inconvénient de noircir sous l'influence de l'acide sulfhydrique. Ils ne doivent jamais être associés au soufre ou être employés en même temps qu'une préparation soufrée quelconque.

Borique (Acide).

L'acide borique est très employé en dermatologie, en raison de ses propriétés antiseptiques et de la facilité avec laquelle il est supporté par le tégument.

On l'emploie en *solutions* à 4 0/0 pour le lavage des parties malades, les pulvérisations, les enveloppements humides, la préparation des cataplasmes ; en *pommades* :

Acide borique	5 gr.
Vaseline	50 gr.

dans l'impétigo, et les lésions cutanées irritatives de la peau avec desquamation épidermique, en *emplâtres* (emplâtre adhésif boriqué) pour protéger les solutions de continuité de la peau accidentelles ou opératoires.

Bouleau (Huile de).

L'huile de bouleau, provenant du Betula alba, peut être utilisée dans le traitement de quelques dermatoses à la condition d'être absolument débarrassée de toutes ses impuretés. Cette huile pure, de couleur paille, n'a plus aussi nettement l'odeur de cuir de Russie que l'huile brune et se volatilise plus facilement ;

mais elle est moins irritante et ne colore pas les téguments comme l'huile impure (Besnier).

L'huile de bouleau est un succédané de l'huile de cade. Elle peut être employée dans le traitement du psoriasis, où elle est inférieure à l'huile de cade et aux acides chrysophanique et pyrogallique. M. Besnier l'emploie également dans les affections des ongles.

Elle se prescrit à l'état pur en frictions ou sous forme de pommades.

Pommade :

Huile de bouleau..........................	1 à 4 gr.
Oxyde de zinc..........	15 gr.
Vaseline..................................	100 gr.

Cade (Huile de).

L'huile de cade est un liquide oléagineux, de couleur brun noirâtre, d'odeur empyreumatique spéciale, désagréable et tenace, irritante, provenant de la distillation du Juniperus oxycedrus (conifères), arbrisseau répandu dans le Midi de la France.

Les huiles de cade du commerce provenant d'autres plantes doivent être rejetées.

L'odeur désagréable de l'huile de cade est un obstacle réel à son emploi dans beaucoup de dermatoses.

Cette substance, uniquement réservée à l'usage externe, doit être maniée avec précautions et employée seulement dans les dermatoses rebelles et peu irritatives; elle est absolument contre-indiquée dans le cours des dermatoses aiguës et au moment des poussées aiguës des dermatoses chroniques.

Appliquée jadis au traitement d'un grand nombre

d'affections cutanées par certains dermatologistes, elle n'est plus guère employée actuellement que dans le psoriasis et les eczémas chroniques, principalement dans les eczémas séborrhéiques.

Elle provoque, surtout à la suite de son usage prolongé, des lésions (acné cadique) dues à l'oblitération de l'orifice des glandes sébacées et à son action sur les éléments sécréteurs de ces glandes.

Elle est employée surtout sous forme de glycérolés, plus rarement en emplâtres renfermant 1/6 d'huile de cade, parfois pure à la fin du traitement.

Glycérolés cadiques.

Huile de cade *vraie*	15 gr.
Extrait fluide de Panama ou savon noir....	Q. S. pour émulsionner.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre...	90 gr.

(Glycérolé cadique faible de Vidal.)

On peut augmenter la dose d'huile de cade suivant la tolérance du tégument jusqu'à la dose suivante :

Huile de cade *vraie*.................... ...	30 gr.
Extrait fluide de Panama ou savon noir....	10 —
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre..	90 —

(Glycérolé cadique fort de Vidal.)

M. Brocq conseille d'ajouter dans le psoriasis 2 à 5 0/0 d'acide salicylique pour faciliter la chute des squames.

On peut dissimuler, très imparfaitement à la vérité, l'odeur de l'huile de cade par l'addition d'essence de girofle.

Camphre.

Le camphre n'est guère employé en thérapeutique dermatologique que sous la forme d'alcool camphré

pour le pansement des ulcérations rebelles ou à tendance gangréneuse.

La pommade camphrée :

Camphre	3 parties
Cire	1 —
Axonge	9 —

(*Codex*).

ou mieux

Camphre	5 gr.
Vaseline	30 —

et l'huile camphrée

Camphre	10 gr.
Huile d'amandes douces	90 —

peuvent être utilisées dans le traitement des affections prurigineuses et en particulier des engelures.

Caoutchouc.

L'enveloppement avec les tissus imperméables a été introduit dans la thérapeutique dermatologique par Colson (de Beauvais), Hardy, Lailler et M. Besnier et vanté par un grand nombre de dermatologistes dans le traitement des dermatoses suintantes. Il agit à la manière d'un bain local continu (Besnier), en arrêtant l'évaporation des transsudations cutanées normales et pathologiques.

Le caoutchouc peut encore être utilisé, en raison de son élasticité, pour exercer une compression sur les tissus congestionnés.

Ces deux modes d'emploi doivent être examinés séparément.

L'*enveloppement par le caoutchouc* s'applique surtout au traitement des eczémas suintants (voir pour ses

indications le traitement de l'eczéma, T. I, p. 387), et à celui de quelques formes suintantes de prurigo de Hebra avec lésions eczématiformes. L'application du caoutchouc calme le prurit; de plus, sous son influence, les sécrétions pathologiques sont d'abord exagérées, prennent souvent une odeur nauséeuse, la peau devient rouge vif et est macérée; au bout de quelques applications, les sécrétions deviennent moins abondantes et moins odorantes, la peau est d'un rouge moins vif et se recouvre d'une couche épidermique lisse; plus tard, la sécrétion est presque nulle, la peau devient rosée, le revêtement épidermique plus épais. On peut alors cesser les enveloppements et recourir à d'autres modes de traitement.

Il est indispensable, quand on pratique les enveloppements caoutchoutés, de changer le caoutchouc dès que le suintement est abondant et que le malade commence à éprouver une sensation de prurit; au début, le pansement doit être renouvelé plusieurs fois par jour, suivant l'abondance des sécrétions; au bout de quelques jours, il suffit de le changer matin et soir. A chaque changement de pansement, on doit nettoyer doucement, avec un linge fin ou un tampon d'ouate hydrophile imprégné d'une solution antiseptique faible, et sans frotter, les parties malades et réappliquer rapidement le caoutchouc : si on tardait trop à le faire, on verrait les sécrétions se concréter en croûtes plus ou moins épaisses, la peau s'enflammer de nouveau avec intensité et on perdrait en peu d'heures le bénéfice du traitement antérieur.

A la fin du traitement, il y a au contraire avantage à espacer les applications du caoutchouc de quelques heures pendant lesquelles on recouvre les

parties malades de pommade ou de poudres inertes, préparant ainsi le changement de traitement.

Chez les sujets à peau fine et irritable, il est quelquefois utile, surtout au début du traitement par le caoutchouc, alors que les sécrétions sont abondantes, d'interposer, entre la peau et le tissu imperméable, des linges fins, toile, mousseline ou tarlatane sans apprêt, imbibés d'eau boriquée faible et bien étanchés (Besnier), qui absorbent ces sécrétions; mais jamais on ne doit appliquer d'autres topiques, poudres ou pommades, sur les surfaces qui doivent être recouvertes de caoutchouc.

On doit avoir soin de ne pas appliquer le caoutchouc au delà des limites de l'affection à traiter; les sécrétions provenant des surfaces malades, retenues par l'enduit imperméable, risqueraient d'irriter les parties saines de la peau et de provoquer une extension de la lésion première.

L'enveloppement de caoutchouc peut être réalisé soit au moyen de caoutchouc pur (feuille anglaise), soit au moyen de toile caoutchoutée : cette dernière est préférable au caoutchouc pur; elle doit être mince, suffisamment souple; lorsqu'elle n'est enduite de caoutchouc que sur un côté, c'est celui-ci qui doit être appliqué sur la peau. Pour éviter qu'il ne prenne de l'odeur, le tissu doit, après chaque application, être lavé à l'eau froide, simple ou boriquée, sans savon (Besnier), et séché à l'air : aussi les malades doivent-ils se pourvoir d'une quantité de tissu caoutchouté suffisante pour permettre la remise en état de propreté de celui qui a été employé aux pansements précédents.

Pour le tronc et la partie supérieure des membres, l'enveloppement peut être fait avec la toile taillée

en morceaux de forme appropriée et maintenue au moyen de bandes. Chez les sujets atteints de prurigo de Hebra, que leur maladie n'empêche pas de se lever et de marcher, il est préférable de confectionner, en cousant la toile de caoutchouc, des vêtements à peine collants, dont l'usage est beaucoup moins gênant; ces vêtements ne doivent pas présenter à leur face profonde de coutures saillantes et par suite doivent être cousus en surjet, caoutchouc contre caoutchouc. Lorsque le tronc et les membres doivent être couverts de caoutchouc en totalité, il convient de confectionner le vêtement en deux parties correspondant à la veste et au pantalon.

Pour les mains et les pieds, l'enveloppement doit encore être fait avec la toile de caoutchouc maintenue au moyen de bandes; les gants en feuille anglaise qu'on trouve dans le commerce sont durs, raides, s'adaptent mal aux parties malades; avec Lailler et M. Besnier, nous les considérons comme plus nuisibles qu'utiles. C'est seulement lorsque les lésions sont limitées à l'extrémité des doigts ou aux ongles, qu'on peut utiliser non pas les gants, mais les doigtiers de caoutchouc.

De même, pour le scrotum, les régions inguinales et crurales, ne doit-on se servir que de toile caoutchoutée fine, souple, qu'on peut maintenir en place, comme tous les pansements de cette région, au moyen d'un caleçon de bain en coton.

Pour le cuir chevelu, les calottes de caoutchouc du commerce peuvent être utilisées, elles doivent être choisies un peu larges, la compression par les bords d'une calotte étroite étant très pénible; cet inconvénient est d'ailleurs évité par l'emploi d'un bonnet à trois pièces confectionné avec la toile caoutchoutée.

Les masques de caoutchouc du commerce sont généralement mal proportionnés, le nez étant trop petit, et il est préférable d'en préparer sur mesure en toile caoutchoutée, avec des incisions correspondant aux orifices naturels.

Les oreilles moulées en caoutchouc dévulcanisé peuvent être employées pour les eczémas auriculaires.

La *compression par le caoutchouc* est beaucoup moins usitée que l'enveloppement.

Elle est surtout employée dans les lésions s'accompagnant d'induration et d'hypertrophie du tégument, dans les éléphantiasis, dont elle réduit le volume : elle s'exerce alors au moyen d'une bande de caoutchouc appliquée par-dessus un bandage ouaté et roulé.

Dans les lésions des membres inférieurs d'origine variqueuse, eczémas et ulcères, on a proposé la compression par le caoutchouc sans interposition de pansement ouaté, mais elle doit être employée plutôt pour prévenir les récidives après la guérison d'une poussée eczémateuse que comme moyen de traitement de l'eczéma en activité. Dans les ulcères. elle a été préconisée par Martin (du Massachusets pour faciliter la circulation veineuse chez les sujets qui ne peuvent être condamnés au repos : son application doit alors être précédée de celle d'un pansement approprié qui protège l'ulcère contre le contact direct du caoutchouc et celui-ci contre la souillure par les sécrétions de l'ulcère.

Dans les eczémas pilaires des lèvres, à la période de déclin, alors que le suintement a disparu, la compression au moyen d'une bandelette de caoutchouc, maintenue par des rubans noués derrière la tête, est

un procédé très utile de traitement que M. Besnier a préconisé (Voir T. I, p. 402).

Casse à gousses ailées

Les feuilles de cassia alata (Légumineuse), qui croît dans un grand nombre de nos possessions d'outre-mer, contiennent de l'acide chrysophanique (voir ce mot, p. 226).

A. Porte (1) a préconisé la pommade suivante :

Extrait acétique de feuilles de cassia alata..	4 gr.
Lanoline....................................	16 —

dans le traitement du psoriasis, de certains eczémas et des trichophyties circinées.

Cataplasmes.

Les cataplasmes sont des agents de la médication émolliente.

Quoiqu'ils soient souvent remplacés à l'heure actuelle par les enveloppements humides et les applications de caoutchouc, ils sont encore fréquemment employés dans les affections inflammatoires de la peau et y rendent les plus grands services ; ils sont utilisés pour modérer les processus phlegmasiques et pour faciliter la chute des croûtes et des divers exsudats au niveau des lésions suintantes.

Les seuls cataplasmes usités actuellement en dermatologie sont les cataplasmes de graine de lin et ceux de fécule de pommes de terre ou d'amidon.

Les cataplasmes de graine de lin doivent être préparés non avec l'antique farine de lin dont la graisse

(1) *Archives de médec. navale*, octobre 1890, p. 241.

souvent rance irrite vivement les téguments, mais avec les poudres de graine de lin déshuilées par le sulfure de carbone qu'on trouve couramment dans le commerce, et qui sont presque toujours très bien supportées même par les peaux les plus fines.

La poudre de graine de lin est d'abord délayée dans l'eau froide, puis chauffée à un feu doux jusqu'à ce que le mélange ait pris une consistance pâteuse, et versée sur une mousseline ou une tarlatane neuve.

Les cataplasmes de fécule de pommes de terre ou d'amidon sont préparés de la même façon, en ayant soin de délayer d'abord la fécule dans une petite quantité d'eau, en l'agitant pour qu'elle ne forme pas de grumeaux, puis d'ajouter la quantité d'eau nécessaire, de chauffer jusqu'à ce qu'elle ait pris la consistance et l'aspect d'une gelée homogène et transparente. On peut encore commencer par délayer la fécule dans le double de son poids d'eau froide ou à peine tiède, puis y ajouter la quantité d'eau bouillante nécessaire pour confectionner le cataplasme (la quantité totale d'eau doit être égale à environ 10 fois le poids de la fécule employée), en agitant le mélange et continuant à chauffer pendant 1 ou 2 minutes.

Lorsque cette gelée est préparée, on la verse sur un morceau de mousseline ou de tarlatane étendu de préférence sur un marbre, on l'étale en une couche de 8 à 10 millimètres d'épaisseur et on la laisse refroidir.

Les cataplasmes de fécule de pommes de terre ou d'amidon doivent, contrairement aux cataplasmes de graine de lin, être appliqués presque froids; ils doivent avoir une consistance un peu ferme, mais être cependant souples et malléables.

Pour éviter leur dessiccation, on les recouvre d'une

feuille de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée.

Ces préparations fermentent assez rapidement sous l'influence de la chaleur de la peau et des microorganismes de sa surface; ils deviennent alors irritants pour les téguments. On peut retarder cette fermentation en les préparant avec de l'eau boriquée ou avec une solution de phénosalyl au 500e, mais on ne parvient pas à l'empêcher.

Aussi doit-on les changer toutes les 4 à 5 heures au maximum; on peut d'ailleurs en préparer plusieurs à l'avance, la fermentation ne se produisant qu'au bout d'un temps beaucoup plus long lorsqu'ils ne sont pas maintenus à la chaleur.

Quelques-uns des cataplasmes dits instantanés qu'on trouve tout préparés dans le commerce, peuvent remplacer les cataplasmes de fécule de pommes de terre et ont l'avantage de ne pas exiger de manipulations aussi longues que la préparation immédiate de ces topiques; mais encore faut-il qu'ils soient absolument souples, non irritants et n'exhalent pas l'odeur désagréable d'un certain nombre d'entre eux.

L'emploi prolongé des cataplasmes détermine souvent, plus souvent encore que les autres agents de la médication émolliente, une macération trop intense des téguments, et provoque consécutivement l'inflammation de ceux-ci. Aussi leurs effets doivent être surveillés et leurs applications suspendues dès que l'épiderme se macère.

Caustiques.

Les caustiques chimiques ont perdu beaucoup de leur importance en thérapeutique cutanée depuis

l'emploi des cautérisations ignées localisées. Ils sont cependant encore utiles dans nombre d'affections.

Ils peuvent être employés sous forme de liquides, de poudres, de pommades, de pâtes, de crayons et d'emplâtres.

Les *caustiques liquides* employés sont en première ligne les acides :

Acide acétique cristallisable pur ou étendu de 1/2 d'eau : dans les cors et les verrues, dans les épithéliomas superficiels (Arnozan), dans le lupus érythémateux ;

Acide azotique mono-hydraté pur : dans les verrues, où il est inférieur au précédent ;

Acide phénique : peu recommandable sauf pour le traitement des végétations des organes génitaux ;

Acide chromique, surtout dans les ulcérations des muqueuses ;

Acide lactique pur ou étendu de 1 à 3 parties d'eau : dans le lupus érythémateux, dans les ulcérations tuberculeuses où il est particulièrement recommandable ;

Puis le nitrate acide de mercure, utile dans certaines ulcérations, surtout dans les ulcérations d'origine syphilitique.

Les solutions de chlorure de zinc à 1/2 et au 10° sont utiles dans le lupus vulgaire ulcéré ou précédemment décapé au moyen des emplâtres, pour détruire rapidement une grande étendue de tissus chez les sujets indociles, et à la suite du raclage pour compléter la destruction des tubercules lupiques.

Les solutions de nitrate d'argent au 1/10 sont des caustiques faibles, utilisables seulement au niveau

des ulcérations, et inférieures à l'action du crayon de nitrate d'argent.

Les caustiques liquides sont employés généralement en badigeonnages avec un pinceau de charpie ou d'ouate hydrophile, imprégné du caustique et suffisamment étanché pour que le liquide ne coule pas sur les parties saines; celles-ci peuvent être protégées par l'application d'un emplâtre sur lequel on a ménagé une ouverture de dimensions correspondant à celles de la lésion à cautériser, ou par une couche de collodion.

L'acide chromique, et, lorsqu'il s'agit de verrues, l'acide acétique et l'acide azotique, doivent être maniés avec plus de précaution, et on emploiera de préférence, pour faire les attouchements, une fine tige de bois effilée à son extrémité, qu'on trempera dans le liquide en ayant soin de ne pas laisser se former de goutte à la pointe.

Les *caustiques pulvérulents* sont :

L'azotate de plomb, qui peut être employé dans les épithéliomas ;

Le bromure de potassium, qui est très douloureux, et peut être employé dans les lupus et les épithéliomas ;

Et surtout le chlorate de potasse, qui est très employé dans les épithéliomas superficiels.

Ces substances réduites en poudre fine sont déposées, avec une spatule, sur la lésion à détruire, puis recouvertes d'une rondelle d'emplâtre adhésif; lorsque la destruction est opérée, on enlève par le lavage l'excès de substance caustique et on panse aseptiquement avec des compresses humides.

Les *pommades caustiques* sont peu recommandables

et doivent être proscrites à cause de leur diffusion inévitable sur les parties saines.

Les *pâtes caustiques* étaient très employées par les anciens dermatologistes contre le lupus et les épithéliomas; on attribuait à quelques-unes d'entre elles des propriétés électives pour les tissus malades; en réalité elles détruisaient presque autant les parties saines que les parties malades et n'atteignaient pas toute l'étendue de ces dernières. Elles ne pourraient être utilisées que chez des malades se refusant absolument à toute intervention sanglante ou ignée. Nous conseillons formellement, en pareil cas, de ne jamais employer les pâtes arsenicales, qui peuvent provoquer des accidents d'intoxication, et de recourir soit à la pâte de Vienne, formée de chaux vive et de potasse caustique qu'on triture avec de l'eau au moment de s'en servir, et surtout à la pâte de Canquoin.

La pâte de Canquoin est formée de :

Chlorure de zinc.....	32 gr.
Oxyde de zinc..........................	8 —
Farine de froment séchée à 100°.........	24 —
Eau distillée...	4 —

(On dissout à froid le chlorure de zinc dans l'eau; on ajoute l'oxyde de zinc et la farine, et l'on fait une pâte homogène. Cette pâte étendue en plaques de l'épaisseur d'une pièce de 10 centimes environ, est divisée en forme de flèche et mise à sécher en élevant graduellement la température de 50° à 100°. Cette préparation doit être conservée dans un flacon bouché contenant de la chaux vive.)

Cette pâte contient la moitié de son poids de chlorure de zinc; on peut en faire de divers numéros contenant la proportion suivante de chlorure de zinc :

N° 1............	1/3	N° 3............	1/5
N° 2............	1/4	N° 4............	1/6

On applique à la surface de la lésion à détruire une rondelle de cette pâte un peu moins large que la lésion, et on la recouvre d'emplâtre adhésif.

La pâte de Canquoin, taillée en lanières étroites, arrondies à leurs angles, ou en flèches, est un excellent moyen de traitement des ulcérations scrofulo-tuberculeuses avec décollement des bords. Ainsi qu'y insistait Lailler, ces topiques, introduits sous les décollements et dans les trajets fistuleux, permettent d'obtenir des surfaces à ciel ouvert, dans lesquelles les éléments tuberculeux sont détruits et dont la cicatrisation peut être dirigée par les topiques appropriés. Nous ne connaissons aucun procédé supérieur ou égal à celui de Lailler, lorsqu'il est appliqué avec soin, pour obtenir en pareil cas, dans un espace de temps relativement court, la guérison de ces lésions, et cela sans cicatrices trop difformes.

Les fragments de pâte de Canquoin sont maintenus en place par une rondelle d'emplâtre adhésif, e après leur dissolution la partie malade est recouverte d'un pansement antiseptique humide ou d'une poudre antiseptique.

Les *crayons caustiques* les plus employés sont à base de nitrate d'argent. Les crayons d'azotate d'argen mitigés du Codex sont des crayons au nitrate d'argent contenant le 1/10 de leur poids d'azotate de potasse.

Ces crayons sont employés en attouchements sur les ulcérations tuberculeuses et autres pour en régulariser la cicatrisation. M. Besnier a l'habitude de faire suivre l'attouchement avec le crayon de nitrate d'argent du passage, sur les surfaces cautérisées,

d'une tige de zinc métallique taillée en forme de crayon : au contact du zinc, l'acide azotique abandonne le composé argentique pour former un nitrate de zinc; au moment de sa combinaison, il agit à l'état naissant comme caustique sur les tissus morbides et renforce l'action du nitrate d'argent.

Köbner (1) a obtenu, dans diverses lésions ulcéreuses, de très remarquables résultats par l'emploi de crayons de chlorure de zinc au nitrate de potasse : il emploie, suivant l'épaisseur de l'eschare à obtenir, des crayons de composition variable :

N° 1	chlorure de zinc	1	partie;	nitrate de potasse	3	parties
N° 2	—	1	—	—	1/2	—
N° 3	—	1	—	—	1	—
N° 4	—	1	—	—	0,4	
N° 5	—	1	—	—	0,2	

Les *emplâtres* renfermant 10 0/0 d'acide salicylique seul ou associé à la créosote, à la résorcine, et les emplâtres à l'acide pyrogallique agissent comme de véritables caustiques.

Les emplâtres à l'acide salicylique au dixième peuvent être employés contre les verrues et les cors.

Les emplâtres que nous venons de rappeler ont été préconisés contre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux, dans lesquels ils donnent des cicatrices trop vicieuses pour être recommandables, et dans les chéloïdes où la difficulté du traitement de ces affections justifie leur usage.

Cautérisations ignées.

Le feu a été employé pour détruire les néoplasmes cutanés par un grand nombre de dermatologistes

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1893, n° 45, p. 1099.

et avant les perfectionnements modernes des cautères. Hebra avait fait construire des appareils ingénieux pour le traitement du lupus; le thermocautère de Paquelin avait permis d'étendre les applications de la cautérisation ignée. Mais le véritable progrès dans cette voie a été réalisé en 1883 par M. Besnier (1), qui a introduit la cautérisation interstitielle et fragmentée dans la thérapeutique courante du lupus, et a donné ainsi une méthode de traitement applicable à un nombre assez considérable d'affections cutanées.

La cautérisation ignée est aujourd'hui employée couramment dans le traitement du lupus, où elle constitue, pour le lupus des parties découvertes, la méthode de choix, remplaçant dans la grande majorité des cas les scarifications linéaires.

Elle est encore applicable aux acnés, à un grand nombre d'épithéliomas cutanés, et d'une façon générale à tous les néoplasmes de petites dimensions (molluscum contagiosum, verrues, végétations, etc.) qu'elle permet de détruire rapidement, sans dangers et avec le minimum de délabrement et de cicatrice consécutive. Plus rarement, elle peut être utilisée pour modifier rapidement des lésions chroniques qui ne rentrent pas dans la classe des néoplasmes, et sur lesquelles les divers topiques sont restés sans action suffisante : c'est ainsi que les lichens cornés circonscrits et les prurits localisés sont parfois très améliorés par les cautérisations ponctuées.

Les instruments employés pour la cautérisation ignée sont le thermo-cautère et le galvano-cautère.

Le thermo-cautère a l'avantage de se trouver au-

(1) *Annales de Dermatologie*, 1883, p. 377.

jourd'hui dans l'arsenal de tous les médecins. Ses grosses figures peuvent servir à la destruction des néoplasmes d'une certaine étendue, dont la destruction doit être réalisée rapidement, lorsqu'on ne peut éviter la production d'une cicatrice consécutive et que celle-ci ne présente pas d'inconvénients. Les figures de moindres dimensions, dont le meilleur type est la pointe fine et recourbée employée par les oculistes, peuvent servir à la destruction des lésions limitées ou constituées par des nodules isolés comme le lupus. Cependant la radiation thermique intense que dégage la pointe du thermo-cautère a l'inconvénient de produire des pertes de substance trop étendues, plus larges que les lésions initialement cautérisées, et par suite des cicatrices fréquemment difformes.

Pour ces raisons, le galvano-cautère, dont le rayonnement est presque nul, dont l'action se limite à peu près exclusivement aux points qui ont été en contact avec lui, doit être préféré au thermo-cautère toutes les fois qu'il s'agit de détruire des lésions limitées ou formées de nodules de petites dimensions.

On peut d'ailleurs, en multipliant et en rapprochant les applications, s'en servir également à la destruction des néoplasmes plus volumineux.

C'est donc surtout le galvano-cautère dont nous étudierons ici le mode d'emploi et les applications.

Le galvano-cautère usité en dermatologie ne diffère que par ses dimensions plus restreintes de celui qui était employé depuis longtemps en chirurgie générale.

Relié par un fil souple à une source d'électricité (la plus pratique est encore à l'heure actuelle la pile

au bichromate de potasse à éléments larges et nombreux, les accumulateurs présentant des inconvénients multiples qui ne le mettent pas à la portée de

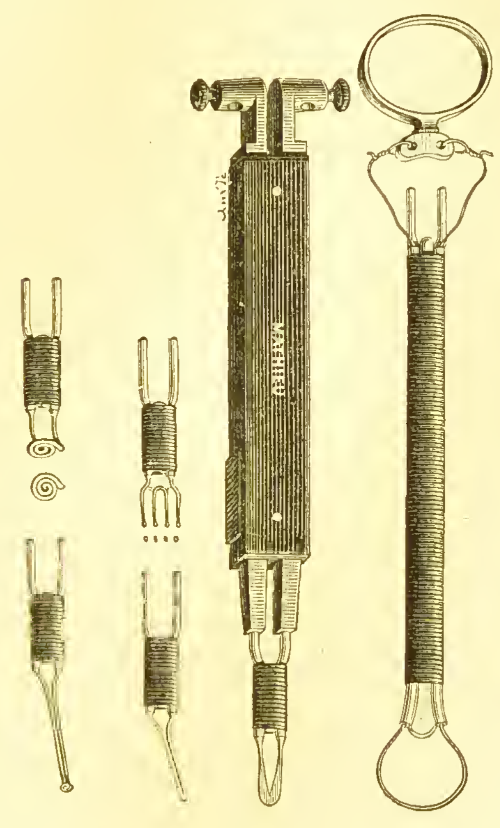


Fig. 2.

tous), il se compose d'un manche isolant et sur lequel on adapte à frottement des figures mobiles.

Le manche doit être léger, se mettant bien en main et muni d'un verrou pour pouvoir interrompre à volonté le courant.

Les figures mobiles sont essentiellement formées

de deux branches parallèles et électriquement isolées sur lesquelles vient se fixer un fil de platine résistant. Ce fil se recourbe de façon à former une ou plusieurs pointes, lesquelles doivent être mousses et non acérées à leur extrémité.

Un des grands avantages du galvano-cautère est la multiplicité des formes que l'on peut donner aux figures mobiles, formes qui, par suite de la malléabilité du platine, peuvent être variées par l'opérateur lui-même. M. Besnier a fait construire une série très complète de figures de galvano-cautère, les unes à pointe unique, les autres à pointes multiples disposées sur une ligne droite (grilles galvanocaustiques) ou suivant des figures géométriques, d'autres terminées par un enroulement du fil de platine en forme de bouton, d'autres encore terminées par une lame de platine à bords presque tranchants (couteaux).

Les figures les plus fréquemment employées sont les pointes uniques, dont on rend le maniement plus facile en les courbant légèrement à concavité inférieure, les grilles à trois ou quatre pointes, et les couteaux.

Le manche du galvano-cautère peut encore recevoir une pièce sur laquelle s'adapte une anse de platine que l'on peut rétrécir à volonté et qui sert à l'ablation des tumeurs pédiculées.

Quelle que soit la figure employée, on doit la porter par la manœuvre de la source d'électricité à la température du rouge sombre (1); si on la portait

(1) Le cautère, une fois introduit dans les tissus, se refroidit très rapidement; on doit donc, pour le maintenir à la température convenable, augmenter la prise d'électricité dès qu'on a commencé les cautérisations. Cette manœuvre peut cependant se faire

au rouge blanc, on risquerait de faire fondre le cautère, et, inconvénient plus grave, de déterminer une hémorrhagie d'autant plus abondante que les tissus sur lesquels il agit sont plus mous; parfois, cependant, chez des sujets craintifs qui retiennent leur respiration ou font des efforts violents pendant l'opération, le cautère maintenu à la température du rouge sombre provoque un écoulement de sang plus ou moins notable. Aussi doit-on toujours avoir à portée de la main de l'ouate hydrophile pour arrêter ces hémorrhagies, plus fréquentes dans les opérations d'épithélioma que dans les opérations de lupus.

Nous avons indiqué, à propos du traitement du lupus (voir T. I, p. 165) et de la tuberculose papillomateuse (voir T. I, p. 191), le manuel opératoire des cautérisations ignées dans ces affections. Dans les acnés, la cautérisation ponctuée sert à ouvrir les pustules et à détruire leur paroi. Nous avons peu de chose à ajouter à propos des cautérisations dans les divers néoplasmes : épithéliomas, adénomes, molluscum, végétations, verrues, etc., et dans les diverses télangiectasies, næviques ou autres.

Disons cependant que, dans les néoplasmes, on n'a pas, comme dans le lupus, à conserver des ponts épidermiques qui doivent servir à assurer une cicatrice régulière : il n'y a plus lieu de respecter le derme au niveau de ces lésions qui l'ont presque toujours atteint dans toute leur étendue; l'essentiel est de les détruire le plus complètement possible. Il faut donc rapprocher les applications de cautère de façon à ne laisser persister aucune parcelle du néo-

facilement sans le secours d'un aide, qui est moins indispensable quand on se sert du galvano-cautère que quand on emploie le thermo-cautère.

plasme, qui serait une menace de récidive; mais il faut s'attacher à ne pas dépasser les limites du néoplasme : on provoquerait ainsi, sans utilité, la formation d'une cicatrice trop étendue.

Dans les télangiectasies limitées de forme stellaire, il suffit, souvent, pour provoquer leur disparition, de détruire les vaisseaux à leur point de convergence, les branches revenant sur elles-mêmes après l'oblitération cicatricielle de leur origine.

Après les cautérisations, quelle que soit l'affection pour laquelle elles ont été pratiquées, le meilleur pansement est l'application de compresses imbibées d'une solution antiseptique, de préférence le sublimé au 2000e ou au 3000e ou le phénosalyl au 500e. Lorsque les malades ne veulent pas ou ne peuvent pas s'astreindre à porter un pansement, on peut se contenter, pour le jour, d'application d'emplâtres (emplâtre de Vigo, emplâtre rouge de Vidal, emplâtre adhésif boriqué); mais on devra exiger, pour les premières nuits au moins, un pansement humide. Si l'inflammation consécutive à la cautérisation était intense et provoquait des douleurs, on la calmerait au moyen de cataplasmes de fécule de pommes de terre. Enfin on surveillera la cicatrisation et, au besoin, on la régularisera, au moyen d'attouchements avec le crayon de nitrate d'argent.

Cérats.

Les cérats, préparations à base de cire et d'huile très employées jadis, sont aujourd'hui presque abandonnés en raison de la facilité avec laquelle ils s'altèrent et rancissent. On doit les remplacer toujours,

comme excipients des pommades, par des préparations plus stables.

Le cold-cream, qui est en réalité un cérat, peut seul être utilisé chez quelques sujets à peau irritable et dans certaines dermatoses inflammatoires comme l'eczéma, lorsque les autres topiques ne sont pas supportés.

Voici sa formule :

Eau de roses	60 gr.
Teinture de benjoin........................	15 —
Essence de roses........................	X gouttes
Blanc de baleine........................	60 gr.
Cire blanche........................	30 —
Huile d'amandes douces........................	215 —

(CODEX)

Parmi les cérats encore employés aujourd'hui on peut citer le cérat à la rose ou *pommade rosat* pour les lèvres.

Cire blanche........................	50 gr.
Huile d'amandes douces........................	100 —
Carmin........................	0,50 centig.
Huile volatile de roses........................	X gouttes

(CODEX)

Chaulmoogra (Huile de).

Cette substance, extraite du *gynocardia odorata*, quelquefois administrée à l'intérieur par les médecins américains dans le psoriasis et les eczémas, n'est employée que dans le traitement de la lèpre, à propos de laquelle nous l'avons suffisamment étudiée (T. I, p. 201) pour n'avoir pas à y revenir ici.

Chrysarobine.

La chrysarobine est extraite de la poudre de Goa, laquelle provient de l'Audira araroba (légumineuses)

arbre qui croît au Brésil; on la rencontre également dans la racine de rhubarbe. Elle cristallise en petites lamelles jaunes, inodores, insipides.

La chrysarobine est pour certains auteurs un produit de réduction de l'acide chrysophanique; pour d'autres, ces deux substances sont identiques.

Quoi qu'il en soit, elles ont toutes deux des effets semblables et s'emploient de la même façon; la chrysarobine est plus spécialement employée en Allemagne, l'acide chrysophanique en France. Nous renvoyons à l'étude de ce dernier pour leurs indications et leur mode d'emploi.

Chrysophanique (Acide).

L'acide chrysophanique se retire de la rhubarbe; il a l'aspect d'aiguilles d'un jaune doré, peu solubles dans l'eau, solubles dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

C'est un agent puissant de réduction; il jouirait, d'après certains auteurs, des propriétés antiseptiques qui sont contestées par Campana (1).

L'acide chrysophanique a l'inconvénient d'être irritant, de déterminer parfois des érythèmes intenses à la suite de son emploi prolongé, de colorer les linges, les poils et les cheveux en jaune. Il ne doit être manié qu'avec précaution et ne jamais être employé au voisinage de l'œil, le contact d'une parcelle d'acide chrysophanique avec la conjonctive déterminant une inflammation intense de cette muqueuse; de même, il peut provoquer par action locale des balanites intenses.

(1) *Riforma medica*, 21 mai 1890, p. 693.

Malgré ces inconvénients, qu'on peut parer en partie en l'employant avec précautions, l'acide chrysophanique est, au dire de la majorité des auteurs allemands, — et nous partageons de tous points cette opinion, — un merveilleux médicament.

Dans le psoriasis, aucune substance ne peut lui être comparée au point de vue de la rapidité de son action.

Dans les trichophyties des parties glabres, il donne également de bons résultats, mais que nous ne trouvons pas supérieurs à ceux des méthodes plus simples et moins dangereuses.

Dans la lèpre, Unna en a obtenu de bons effets.

Il peut être employé dans les formes cornées du ichen de Wilson pour découper les placards.

L'acide chrysophanique a encore été appliqué au traitement de certains eczémas chroniques, et d'un grand nombre d'autres dermatoses dans lesquelles nous ne saurions le recommander.

Il a été employé en pommades, en emplâtres, en collodions, en traumaticines.

Les *badigeonnages* suivant la méthode de M. Besnier avec la solution suivante :

Acide chrysophanique....................	5 gr.
Chloroforme.............................	50 —

suivis, après évaporation du chloroforme, d'un badigeonnage avec la traumaticine ou une colle gélatineuse, nous paraissent le seul mode d'emploi pratique de cette substance. On évite de la sorte l'action de l'acide chrysophanique sur les linges et sur les parties saines de la peau et les inflammations des muqueuses.

Ces badigeonnages doivent être limités exactement

aux points malades et le traitement ne doit être appliqué simultanément qu'à une étendue restreinte du tégument.

S'il survient de l'érythème, on suspend les applications et on recourt aux topiques émollients, corps gras, pommades à l'oxyde de zinc, etc.

Cold-cream.

Voir *Cérats*, p. 224.

Colles ou gélatines médicamenteuses.

Pick a proposé la gélatine comme excipient des substances médicamenteuses dans le traitement des dermatoses et Unna a perfectionné son mode d'emploi.

Les préparations de gélatine que l'on désigne sous le nom de colles, préalablement liquéfiées par la chaleur et appliquées sur la surface de la peau à l'aide d'un pinceau, forment un enduit adhérent continu, auquel on peut donner l'épaisseur voulue en passant successivement plusieurs couches avant leur solidification. Cet enduit n'arrête pas la perspiration cutanée, qui se trouve au contraire accrue : d'où une sensation de refroidissement parfois pénible pour les malades, plus accusée dans les premières heures qui suivent l'application de la colle, mais persistant tant que l'enduit est adhérent. Il protège néanmoins les parties malades contre le contact de l'air et contre les frottements sans gêner les mouvements. En se rétractant, il exerce une certaine compression sur le tégument, ce qui aide à la décongestion dans les affections inflammatoires. Il

a, sur les collodions et la plupart des vernis, l'avantage de s'enlever facilement par un lavage à l'eau tiède ou dans un bain.

Les colles ont cependant l'inconvénient de se ramollir facilement par la transpiration : chez les sujets qui transpirent abondamment et surtout dans la saison chaude, elles s'agglutinent aux linges et deviennent d'un usage désagréable pour le patient.

Les colles ne doivent jamais être appliquées sur des lésions suintantes ou simplement excoriées; elles deviennent alors irritantes en raison de l'accumulation des sécrétions sous la couche de colle et provoquent un prurit très pénible.

Un grand nombre de formules de colles ont été proposées; toutes sont à base de gélatine, de glycérine, d'oxyde de zinc et d'eau.

Menahem Hodara (1), qui les a étudiées récemment, sous la direction de Unna, au point de vue de leur température de fusion et de solidification et de leur contraction, a constaté que la glycérine élève les températures de fusion et de solidification et diminue la contraction, que l'oxyde de zinc élève légèrement les températures de fusion et de solidification et augmente beaucoup la contraction, que l'augmentation de la gélatine et la diminution de l'eau élèvent faiblement les températures de fusion et de solidification et augmentent faiblement la contraction.

Il propose les deux formules suivantes :

Gélatine............................ }	ãa 12,50 gr.
Glycérine........................... }	
Oxyde de zinc......................	20 gr.
Eau.................................	55 —

(1) *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1894, XVIII, p. 203.

(Colle molle fondant à 37°75, se solidifiant à 28°, peu contractile.)

Gélatine	15 gr.
Glycérine	10 —
Oxyde de zinc	25 —
Eau	50 —

(Colle dure, fondant à 38°,75, se solidifiant à 31°, se contractant plus que la précédente.)

La préparation suivante, moins coûteuse, peut encore être employée dans la plupart des cas, d'après le même auteur :

Gélatine }	aa 10 gr.
Glycérine }	
Oxyde de zinc	30 —
Eau	50 —

Les colles précédentes peuvent servir d'excipients à un certain nombre de substances (Unna) : soufre, iodure de plomb, céruse, iodoforme, chrysarobine. (5 à 10 0/0 dans les colles molles), acide phénique, résorcine, acide salicylique, ichthyol, etc. (2 à 5 0/0 dans les colles dures); on ne doit jamais leur incorporer l'acide pyrogallique, le tanin, l'oxyde de mercure, qui forment avec la gélatine un composé insoluble.

Les colles médicamenteuses ont été préconisées dans les dermatoses artificielles, l'ichthyose, les acnés, etc.

Nous n'avons pas sur leur emploi dans ces dermatoses une expérience suffisante pour pouvoir les juger; elles ne nous ont cependant pas paru donner des résultats bien favorables; et nous savons que M. Besnier, après les avoir expérimentées sur une large échelle, a cessé de les employer.

Par contre, les colles nous ont souvent rendu de

grands services comme vernis pour maintenir des médicaments actifs à la surface de la peau, par exemple l'acide chrysophanique dans le psoriasis; nous les avons employées dans ces cas, comme la traumaticine, en badigeonnages sur les surfaces préalablement recouvertes de la surface active en solution chloroformique.

Mais la véritable indication des colles est, à notre avis, dans les prurits quelle qu'en soit la cause, à la condition qu'il n'y ait pas de lésions suintantes ni d'excoriations; s'il existait quelque lésion de ce genre, on devrait, avant de recourir à l'application de la colle, en obtenir la guérison par les moyens appropriés, enveloppements, pommades à l'oxyde de zinc, etc.

Les colles sont applicables à tous les prurits et, malgré les craintes que pourraient faire naître les expériences des physiologistes sur le vernissage des animaux, nous n'avons jamais observé d'accident à la suite de leur emploi sur les surfaces les plus étendues du tégument. Nous sommes, sur ce point, d'accord avec M. Tenneson, qui a préconisé ce mode de traitement dans le prurigo de Hebra (1). Le seul inconvénient que nous ayons remarqué est la sensation de froid assez pénible chez certains sujets enduits de colle des pieds à la tête, qui les obligeait, surtout dans les premières heures, à rechercher le voisinage d'un foyer de chaleur.

Après divers essais, nous nous sommes arrêté à la formule suivante de colle, que nous devons à M. Milliet, interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis, et qui est une modification de la colle de M. Tenneson :

(1) *Médecine moderne*, 11 août 1892, p. 505.

Gélatine		150 gr.
Grénétine		100 —
Gomme arabique		5 —
Glycérine	}	ãa 300 gr.
Eau bouillie	}	
Oxyde de zinc		100 gr.
Phénosalyl		2 —

(D'une part, faire fondre à une douce chaleur et au bain-marie la gélatine et la grénétine (gélatine purifiée par un traitement à l'acide chlorhydrique et décolorée complètement par le noir animal) dans la quantité d'eau prescrite.

D'autre part, incorporer peu à peu la gomme et l'oxyde de zinc à la glycérine.

Verser ensuite, après l'avoir passée à travers une étamine peu serrée, la solution gélatineuse dans le mélange de glycérine et d'oxyde de zinc. Ajouter le phénosalyl et, lorsque la masse commencera à perdre de sa fluidité, la couler dans un pot en porcelaine. La conserver à l'abri de l'humidité.)

Après un bain ou un nettoyage complet de la peau à l'eau chaude et au savon pour nettoyer la peau et enlever toute trace de corps gras, nous enduisons la peau, au moyen d'un pinceau plat et souple, que les peintres désignent sous le nom de queue de morue, avec la colle préalablement réchauffée au bain-marie et amenée à consistance fluide (il est nécessaire de ne pas porter la colle à une température de plus de 100°, qui altérerait les gélatines et les empêcherait de se prendre en masse par le refroidissement.)

Deux ou trois couches de colle suffisent pour donner à l'enduit une épaisseur convenable, et avant sa dessiccation nous fustigeons doucement la peau avec de l'ouate hydrophile bien détassée; quelques débris d'ouate adhèrent à la colle, facilitent sa dessiccation

et lui donnent plus de résistance, ainsi que l'a indiqué M. Tennéson.

Au bout de 10 à 15 minutes, la colle est suffisamment sèche pour que le malade puisse se vêtir et se livrer à ses occupations.

Cet enduit, souple, de consistance analogue à celle de la peau de gant de Suède, adhère très bien au tégument et reste en place sans s'écailler pendant plusieurs jours; nous l'avons vu, chez quelques malades, persister sans éraillures pendant 8 et 10 jours. S'il se fissure par places, on peut réparer ces dégâts en appliquant une nouvelle couche de colle sur la première au niveau des points qui ont cédé; mais, pour peu que la colle ait perdu son adhérence au pourtour des fissures, il est préférable de faire tomber entièrement le premier enduit et d'en appliquer un nouveau.

Le badigeonnage de colle calme immédiatement le prurit, et ce calme persiste tant que l'enduit conserve son adhérence. Celle-ci peut être compromise par l'abondance de la transpiration ou par le grattage, souvent instinctif chez les sujets atteints depuis longtemps d'affections prurigineuses.

Ce mode de traitement, qui n'agit évidemment que comme moyen d'occlusion, nous a donné les résultats les plus favorables dans le prurigo de Hebra, où nous le considérons comme supérieur, au point de vue de la rapidité d'action et de la persistance des effets, à tous les autres moyens proposés. Il réussit dans un grand nombre de cas de prurigos diathésiques, mais avec moins de certitude que dans le prurigo de Hebra.

Nous l'avons également employé avec succès dans quelques cas de prurit ictérique, de prurit d'origine

rénale, de prurit dit sénile, quoique, dans ces derniers, ses effets n'aient pas été très persistants.

Dans le lichen circonscrit, il réussit encore fort bien; mais dans le lichen de Wilson ses effets sont également moindres, souvent nuls.

Dans les urticaires chroniques, nous n'en avons jusqu'ici obtenu aucun bénéfice appréciable.

Collodions.

Le collodion est une dissolution de fulmicoton dans un mélange d'éther et d'alcool qui forme, après évaporation de ces dissolvants, une couche pelliculaire adhérente. Il rentre donc dans la classe des vernis.

Le collodion riciné du Codex, dont voici la formule :

Fulmicoton	5 gr.
Alcool à 95°	20 —
Éther rectifié	75 —
Huile de ricin	7 —

forme un enduit relativement élastique, mais qui trop souvent encore se rétracte, déterminant des fissures et des excoriations douloureuses facilement irritables.

L'addition d'acétone le rend beaucoup plus pratique. La formule suivante mérite spécialement d'être recommandée .

Fulmicoton	3 gr.
Acétone	20 —
Ether	aa 10 gr.
Alcool	
Huile de ricin	4 gr.

Elle donne une pellicule beaucoup plus souple que le collodion élastique du Codex.

Le collodion, comme tous les vernis, peut être employé pour protéger le tégument contre les contacts extérieurs ou pour empêcher la dissémination au dehors de parasites végétant à la surface de la peau.

Son rôle protecteur doit être réservé aux lésions non suintantes ; les sécrétions qui s'accumulent sous une couche de collodion sont toujours irritantes pour la peau : aussi n'est-il applicable qu'à des excoriations peu étendues ou à des érythèmes circonscrits, comme les engelures. Dans le zona, où il a été préconisé, il ne peut être employé qu'aux premières périodes de la lésion, alors qu'il n'existe pas encore de vésicules : lorsque celles-ci se sont formées, il doit être proscrit, car il en provoque l'ulcération.

Dans les affections parasitaires du cuir chevelu, on l'utilise pour empêcher les auto-inoculations et surtout la transmission de la maladie à d'autres sujets ; il peut rendre des services dans quelques cas ; mais le plus souvent les autres moyens prophylactiques que nous avons indiqués à propos des trichophyties et de la pelade le remplacent avantageusement : l'enduit laissé par le collodion a, en effet, l'inconvénient de ne plus permettre l'emploi des procédés habituels de traitement et d'être difficile à enlever.

Le collodion a encore été utilisé comme excipient d'un certain nombre de substances qu'il était destiné à maintenir à la surface du tégument. C'est ainsi que le collodion iodé a été préconisé dans le traitement de la pelade, où il ne nous a jamais donné de résultats avantageux ; on a encore proposé le collodion au sublimé dans les affections parasitaires du cuir chevelu, et dans d'autres affections (pigmentations localisées, verrues, etc.) où il a l'inconvénient

d'être très irritant et de provoquer facilement des accidents d'intoxication hydrargyrique ; les collodions à l'acide chrysophanique et à l'acide pyrogallique ont été employés dans le traitement du psoriasis et du lupus érythémateux : ils ont des inconvénients analogues à ceux du collodion au sublimé et doivent, à notre avis, être complètement proscrits.

Les vernis produits par les collodions médicamenteux ont tous le défaut capital d'être irritants et d'être difficiles à enlever si, pour une raison quelconque, on est obligé de suspendre l'action du médicament.

Nous ne pouvons guère recommander parmi eux que le collodion salicylé :

Acide salicylique........................	1 à 2 gr.
Collodion élastique à l'acétone.	10 gr.

qui donne de très bons résultats dans les verrues et les diverses productions épidermiques localisées, mais dont l'application est souvent douloureuse, et le collodion salolé :

Salol..................................	1 gr.
Collodion élastique à l'acétone...........	10 —

qui peut remplacer le collodion simple dans toutes ses applications et a l'avantage d'être légèrement antiseptique sans être irritant.

Curettage.

Voir *Raclage*, p. 319.

Dépilatoires (Pâtes et poudres).

Nous donnons ici l'indication de dépilatoires ; nous renvoyons le lecteur à l'article *Épilation* (voir p. 262), pour l'exposé des inconvénients de ces préparations

et des conditions exceptionnelles dans lesquelles on peut recourir à leur emploi..

Le *Rusma des Indiens*, composé de

Chaux éteinte	150 gr.
Orpiment (sulfure jaune d'arsenic) purifié..	25 —

(mêlez et passez à travers un tamis très fin, et gardez en flacons bien bouchés) s'emploie de la façon suivante :

On mêle la poudre avec assez d'eau pour lui donner la consistance d'une crème; on étend cette crème sur la partie velue pendant 5 minutes, jusqu'à ce qu'elle produise une légère sensation de cuisson; puis, on procède comme lorsqu'on se rase, mais en employant en guise de rasoir un couteau à papier en os ou en ivoire; on lave ensuite la place à grande eau, et on applique du glycérolé d'amidon.

Des accidents graves pouvant suivre l'application de pâtes arsenicales employées comme dépilatoires, il vaut mieux les proscrire absolument et se borner à employer les dépilatoires au sulfure de calcium, dont voici deux des formules les plus usitées.

Dépilatoire de Boudet.

Chaux vive pulvérisée	10 gr.
Sulfhydrate de soude	3 —
Amidon	10 —

On délaie cette poudre dans un peu d'eau, et on l'applique sur les parties à épiler. L'effet se produit en quelques minutes (20 à 30).

Dépilatoire de Boettger.

On fait passer un courant d'acide sulfhydrique dans un lait de chaux épais jusqu'à saturation. On en

prend 20 grammes; on y ajoute glycérolé d'amidon et amidon, 10 grammes de chaque; essence de citron, 10 gouttes.

On l'applique sans addition d'eau, et on lave après 20 minutes de contact.

Dermatol.

On désigne sous le nom de dermatol le gallate basique de bismuth chimiquement pur. Ce corps se présente sous l'aspect d'une poudre jaune safran, extrêmement fine, non hygroscopique, dépourvue d'odeur.

Cette substance jouit de propriétés antiseptiques et astringentes. Elle peut être considérée comme un succédané de l'iodoforme et a sur lui l'avantage de n'être ni toxique ni irritante.

Elle peut être employée dans toutes les dermatoses suintantes, et dans les ulcérations de toute nature, dont elle favorise la réparation; elle est également utile dans les dermatoses irritatives superficielles, à titre de résolutif.

Le dermatol peut être utilisé à l'état pur dans les diverses ulcérations, ou mélangé à d'autres poudres inertes, oxyde de zinc, talc, etc., toutes les fois qu'il y a lieu de recouvrir d'un enduit des surfaces légèrement suintantes (dans les intertrigos spécialement), ou érythémateuses.

Les *pommades* au dermatol peuvent remplacer les pommades à l'oxyde de zinc et au sous-nitrate de bismuth :

Dermatol..................................	1 à 5 gr.
Vaseline..................................	30 gr.

ou

Dermatol	1 à 5 gr.
Oxyde de zinc	10 à 20 gr.
Vaseline	40 gr.

Les *emplâtres* au dermatol remplacent les emplâtres adhésifs, lorsque les emplâtres simples ou à base de plomb ne sont pas supportés.

Diiodoforme.

Le diiodoforme (éthylène periodé) est un iodure de carbone, renfermant à peu près la même proportion d'iode que l'iodoforme.

Il se présente sous la forme d'aiguilles ou de poudre de coloration jaune, inodores, qui doivent être conservées à l'abri de la lumière.

Le diiodoforme peut être employé comme succédané de l'iodoforme, sur lequel il a l'avantage de ne pas avoir d'odeur, dans les ulcérations cutanées diverses. Son usage en thérapeutique est encore de date trop récente pour qu'on puisse formuler sur sa valeur des conclusions définitives.

Douches.

Ce mode d'usage de l'hydrothérapie ne convient qu'à un petit nombre de dermatoses d'origine nerveuse. Il s'adresse en effet plus encore à l'état général et constitutionnel des sujets qu'à l'affection cutanée elle-même.

Les douches peuvent être données froides, tempérées ou chaudes.

Les douches froides sont peu employées : elles agissent, à la vérité, sur le système nerveux, mais

en déterminant une excitation qui est précisément l'action inverse de celle qu'on doit rechercher dans la plupart des dermatoneuroses; leur effet, également excitant, sur la peau provoque souvent une exacerbation dans les dermatoses tant soit peu irritables.

Les douches tempérées, employées déjà par E. Vidal, ont été remises en honneur dans ces derniers temps par M. Jacquet et par M. Beni Barde (1) : elles doivent être données à une température voisine de 35°, et produire une sensation agréable; la percussion doit être légère, de façon à ne pas provoquer un traumatisme cutané qui déterminerait une exacerbation des lésions ou du prurit, et la douche doit avoir une durée de 3 à 6 minutes environ.

Les douches chaudes proprement dites et les douches écossaises ont peu d'emploi dans les dermatoses.

L'action des douches s'exerçant sur le système nerveux et non directement sur les lésions cutanées, la douche doit être donnée sur les côtés du rachis et sur le tronc, sans se préoccuper de la localisation de la dermatose.

Les affections qui sont le plus favorablement modifiées par les douches sont : le lichen de Wilson en première ligne, plus rarement le lichen circonscrit, rarement aussi le prurigo de Hebra, les prurigos diathésiques ou les urticaires chroniques.

Certains prurits nerveux sont également très amendés par les douches tempérées.

La sclérodermie, les alopécies neurotiques pseudo-péladiques, contre lesquelles les douches ont égale-

(1) *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 2 sept. 1893, p. 413.

ment été préconisées, ne semblent pas en bénéficier réellement.

Électricité.

Les relations d'un grand nombre de dermatoses avec les troubles du système nerveux ont conduit à employer l'électricité sous ses diverses formes dans leur traitement. En réalité, les applications de cet agent sont assez restreintes.

L'*électrisation faradique* n'a donné dans les diverses dermatoses que des résultats insignifiants, parfois même mauvais. Nous ne ferions guère d'exception que pour quelques cas de pelade. (Voir T. I, p. 118.)

L'*électrisation galvanique* a donné parfois des résultats appréciables dans l'éléphantiasis, dans la sclérodermie diffuse et surtout dans la sclérodermie en plaques. Nous croyons que là se bornent ses effets favorables. On l'a cependant vantée dans les prurits nerveux et dans le prurigo de Hebra; mais nous n'en avons pas observé de résultats appréciables. Les deux pôles peuvent être appliqués sur la peau au moyen d'électrodes métalliques recouvertes de peau de chamois imbibée d'eau salée, en plaçant au pôle négatif une électrode large pour éviter son action caustique.

Les *bains électriques* constituent encore un très bon mode d'emploi du galvanisme dans la sclérodermie et les asphyxies des extrémités.

La *franklinisation* a été préconisée dans le traitement des prurits rebelles. M. Leloir (1) en a obtenu de bons résultats dans les prurits localisés (prurit anal, prurit vulvaire, prurit des extrémités) plutôt que dans les prurits généralisés. Nous manquons

(1) *Société de biologie*, 1893.

d'expérience suffisante pour formuler sur cette méthode des conclusions personnelles; nous croyons cependant qu'il faut faire, dans les résultats de la franklinisation en pareils cas, une grande part à la suggestion, qui trouve un terrain tout préparé chez les sujets nerveux atteints de ces variétés de prurit.

En raison de l'importance de l'*électrolyse* dans la thérapeutique cutanée, nous l'étudions à part.

Électrolyse.

Les courants électriques produisent, en traversant l'économie, la décomposition de ses tissus et des liquides qu'ils renferment : les acides et l'oxygène se portent au pôle positif, les alcalis et l'hydrogène au pôle négatif. Si le pôle positif est représenté par une aiguille introduite dans un vaisseau, le sang se coagule autour d'elle en un caillot petit, mais solide, résistant et adhérent, tandis qu'une aiguille reliée au pôle négatif provoque la formation d'un caillot peu consistant ou plus souvent ne produit pas de caillot et peut déterminer une hémorrhagie. Si l'aiguille négative est introduite dans les tissus solides, elle provoque, par l'intermédiaire des acides mis en liberté, une cautérisation localisée, la destruction des tissus qui sont en contact avec elle et des modifications (inflammation, puis résorption) des tissus voisins.

Tels sont les principes sur lesquels se base l'emploi de l'électrolyse dans les affections cutanées.

L'électrolyse peut donc être employée au traitement des lésions vasculaires de la peau, et à la destruction d'un certain nombre d'affections néoplasiques ou inflammatoires. Elle est encore utilisée pour la destruction des poils dans les hypertrichoses : en

raison de son mode particulier d'exécution, nous décrirons à part l'épilation électrolytique (Voir p. 266).

Lorsqu'il s'agit de lésions vasculaires, comme les nævi, on utilisera les propriétés coagulantes du pôle positif. Dans les autres cas, on introduira dans les lésions le pôle négatif en raison de son action chimique spéciale.

Les *instruments* nécessaires pour pratiquer l'électrolyse sont :

1° Une source d'électricité fournissant un courant aussi constant que possible et d'une tension suffisante pour surmonter la résistance assez considérable des tissus. En pratique, la pile au bichlorure de mercure à éléments multiples (12 à 24) est celle qui remplit le mieux ces conditions, à moins qu'on ne dispose d'une distribution électrique sur laquelle on dispose des transformateurs donnant un courant de quelques milliampères. Cette pile doit être munie d'un interrupteur, d'un collecteur permettant de faire varier l'intensité du courant, et d'un galvanomètre pour mesurer celle-ci.

2° D'électrodes de formes variées (plaques métalliques souples de large étendue, arrondies ou perforées à leur centre pour être placées au voisinage de la région à opérer lorsqu'il s'agit de nævi vasculaires ; poignées cylindriques destinées à être placées dans la main de l'opéré dans les autres cas), recouvertes de peau de chamois, que l'on imbibe d'eau salée à saturation et qui sont mises en relation par un fil métallique souple avec le pôle indifférent de la pile.

3° D'aiguilles métalliques fines et résistantes qui peuvent être mises en relation par un fil métallique souple avec le pôle utilisé.

Ces aiguilles doivent être en métal inoxydable (platine iridié, or) lorsqu'on se sert du pôle positif; lorsqu'on se sert du pôle négatif, on peut employer des aiguilles en acier : ce métal, plus résistant que le platine iridié, permet de fabriquer des aiguilles plus

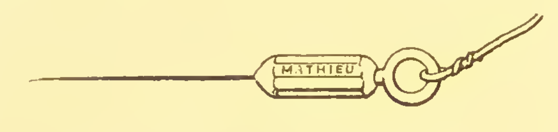


Fig. 3.

fines, nécessaires pour certaines opérations électrolytiques.

Les aiguilles (fig. 3) peuvent être employées isolément : elles sont alors montées sur une tige résistante, de petit volume, terminée par un anneau sur lequel vient se fixer le conducteur métallique, ou par un ajutage creux dans lequel on introduit la tige à frottement fixée à l'extrémité du conducteur.

On peut, lorsqu'il s'agit de lésions étendues. qui

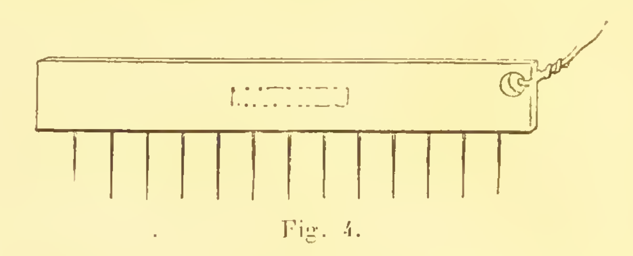


Fig. 4.

peuvent être attaquées simultanément en plusieurs points, ce qui abrège la durée du traitement, les monter au nombre de trois, quatre ou cinq sur une tige métallique rigide (*fourches électrolytiques*) reliée à un manche conducteur. Nous avons, dans le même but, fait construire un *peigne électrolytique* (fig. 4).

composé d'une lame de plomb dans laquelle sont fixées, à 5 millimètres de distance, des aiguilles d'acier en nombre aussi considérable qu'il est nécessaire ; la lame de plomb se prête à toutes les déformations et permet d'attaquer sur un très grand nombre de points des lésions étendues, telles que des chéloïdes ou des cicatrices vicieuses : ce dispositif est surtout utile lorsque la lésion ne présente pas une surface uniforme et une disposition régulière permettant d'enfoncer simultanément des aiguilles maintenues par un support rigide et fixe.

On peut encore, surtout dans les nævi, relier plusieurs aiguilles simples à un fil conducteur terminé par plusieurs bifurcations.

Manuel opératoire. — Le sujet tenant dans la main la poignée-électrode ou l'électrode indifférente ayant été placée en un point convenable, on introduit l'aiguille ou les aiguilles — lorsqu'on emploie plusieurs aiguilles simultanément, elles doivent être parallèles et espacées de 3 à 4 millimètres au moins — dans la lésion à attaquer : l'aiguille est enfoncée perpendiculairement s'il s'agit de lésions très superficielles, obliquement ou presque parallèlement à la peau lorsque les lésions ont une certaine épaisseur. Si les tissus sont résistants, on facilite l'introduction des aiguilles en leur imprimant un mouvement de rotation sur leur axe.

Les aiguilles mises en place, on fait mouvoir la manette du collecteur jusqu'à ce qu'on ait obtenu un courant de 5 à 7 milliampères : cette intensité pourrait être dépassée sans inconvénient lorsqu'il s'agit de détruire des néoplasmes ou de traiter des nævi, et quelques auteurs recommandent d'employer des courants de 12, de 20 et même de 25 milliampères; mais

nous n'avons pu faire tolérer dans aucun cas des courants supérieurs à 7 milliampères, et nous croyons qu'ils sont suffisants dans la plupart des applications de l'électrolyse.

La durée du passage du courant varie de 10 à 50 secondes : lorsqu'on se sert du pôle négatif, on doit considérer son effet comme suffisant quand on voit apparaître autour de l'aiguille une mousse nette, due au dégagement de bulles d'hydrogène, et une zone blanchâtre périphérique de 3 à 5 millimètres de rayon. On interrompt alors le courant en ramenant le collecteur au 0, puis on enlève l'aiguille.

Dans l'électrolyse des nævi au moyen du pôle positif, on devra, avant de retirer l'aiguille, et après avoir ramené le collecteur au 0, renverser le courant et faire passer pendant quelques secondes un courant inverse de 3 à 4 milliampères : l'aiguille s'enlève alors plus facilement et il ne se produit pas d'hémorrhagie.

On peut recommencer l'opération sur d'autres parties de la tumeur, en introduisant l'aiguille à une distance de 7 à 8 millimètres du point attaqué, distance que l'on doit conserver entre les aiguilles lorsqu'on en introduit simultanément plusieurs.

La douleur provoquée par le passage du courant cesse après son interruption.

Il se forme au niveau des piqûres une saillie papuleuse rouge, passagère, souvent avec une petite vésicule centrale, à laquelle succède une croûtelle brunâtre remplacée ensuite par une minime cicatrice.

Indications. — L'électrolyse a été employée dans le traitement des nævi vasculaires sanguins (Voir T. I, p. 22); on l'a encore préconisée dans le traitement des nævi pigmentaires, où elle ne doit être mise

en usage qu'avec précaution, en raison des complications graves qui peuvent succéder aux traumatismes de ces lésions.

Quelques auteurs l'ont appliquée au traitement du lupus vulgaire, — la lenteur de cette méthode a découragé tous les malades que nous y avons soumis, — au lupus érythémateux, aux épithéliomas et à quelques néoplasmes bénins, où elle nous paraît inférieure aux interventions chirurgicales immédiates.

Elle peut rendre des services dans le traitement de la chéloïde, affection contre laquelle les autres traitements échouent le plus souvent, dans les cicatrices vicieuses et vascularisées, dans les télangiectasies, dont la guérison par tous les procédés est toujours très lente.

Dans les sclérodermies, elle nous paraît ne présenter aucun avantage marqué sur l'électrisation galvanique extra-dermique.

Dans les acnés, elle est de beaucoup inférieure aux cautérisations ignées.

Le grand écueil de l'électrolyse est la lenteur extrême de son action, qui oblige à renouveler son emploi pendant des semaines et des mois.

Émol.

Cette substance est un produit naturel qui abonde dans le Perthshire (Écosse) et qui a été purifié par des procédés assez compliqués. Elle contient de la silice, de l'alumine, des traces de chaux et de la stéatite et est assez analogue à la terre à foulon.

C'est une poudre impalpable qui, mélangée à

l'eau, forme une sorte de pâte ou de savon naturel et adoucit la peau.

Jamieson (1) recommande cette pâte, employée en onctions et recouverte d'un enduit imperméable, dans les callosités épidermiques, dans les kératoses et les eczémas cornés plantaires et palmaires.

Emplâtres.

On donne le nom d'emplâtres à des topiques solides qui, sous l'influence de la chaleur du tégument, se ramollissent légèrement et deviennent adhérents.

En pharmaceutique, ce nom « s'applique à la substance agissante, réunie dans une pâte plus ou moins ferme se présentant sous forme de boule ou de petit cylindre auxquels on donne le nom de magdaléon. Lorsqu'on étend ce magdaléon sur un support comme la peau on fait un écusson, lorsqu'on l'étend au contraire sur une toile de fil ou de coton on fait un sparadrap (2) ».

Dans le langage médical courant, on confond les mots emplâtre et sparadrap, et le premier désigne comme le second la préparation obtenue par l'application sur un tissu de fil, de coton, de soie ou de gutta percha laminée de la masse emplastique active.

L'usage des emplâtres en dermatologie s'est beaucoup répandu depuis quelques années, à la suite des travaux de Unna et des perfectionnements apportés dans leur préparation. Nous croyons même que le but a été quelque peu dépassé et que les emplâtres

(1) *British medical Journal*, 26 août 1893, p. 473.
(2) Dujardin-Beaumetz. *Art de formuler*, p. 232.

ne conserveront pas la place qu'ils occupent aujourd'hui dans la dermatothérapie.

Les emplâtres ont l'avantage de couvrir les parties sur lesquelles on les applique, d'en assurer l'occlusion, de les mettre à l'abri des contaminations par les germes extérieurs, en même temps que d'empêcher la dissémination de ceux qui pullulent sur les lésions infectées; ils peuvent, contrairement aux vernis, être appliqués sur des surfaces suppurantes et sécrétantes. Dans certaines affections, ils constituent, en raison de la continuité de leur surface, une couche imperméable qui empêche l'évaporation des sécrétions et facilite par macération l'exfoliation épidermique. De plus, ils forment un moyen de pansement très propre, qui n'expose pas comme les pommades à souiller les linges par les substances médicamenteuses.

D'autre part, leur imperméabilité est dans certains cas un inconvénient : la sueur et les produits des sécrétions épidermiques retenus par l'emplâtre dissolvent les matières qui entrent dans leur constitution, en font des solutions concentrées souvent très irritantes, qui aggravent parfois la lésion initiale, ou simplement macèrent à l'excès les couches épidermiques. On a tenté de parer à ces inconvénients en perforant l'emplâtre à intervalles plus ou moins rapprochés; mais cet artifice est souvent insuffisant pour remplir ce but et fait perdre à l'emplâtre plusieurs de ses avantages, en premier lieu sa propreté.

Les emplâtres sont donc souvent irritants; de plus, ils s'opposent très imparfaitement à la germination des parasites cutanés, et il suffit pour le constater d'examiner une surface de peau recouverte

depuis plusieurs jours d'un emplâtre aussi parfait que possible : on y verra, même et surtout s'il s'agit d'emplâtres mercuriels, des lésions pustuleuses qui sont loin d'être amicrobiennes. Ces suppurations ne doivent pas être attribuées à une importation microbienne : des recherches que mon ancien et regretté interne, Danseux, avait bien voulu faire sur ma demande, ont démontré l'asepticité — due sans doute aux essences qui entrent dans leur composition — parfaite d'emplâtres de provenances très diverses, ayant séjourné un temps assez long dans des salles d'hôpital. Il faut chercher la cause de ces suppurations sous-emplastiques dans les microbes résidant normalement ou accidentellement à la surface de la peau et auxquels l'humidité et la chaleur entretenues par l'emplâtre fournissent des conditions propices à leur développement.

A ces inconvénients il faut ajouter le prix élevé des préparations emplastiques, qui ne permet pas d'en généraliser l'emploi.

Un emplâtre, quel qu'il soit, doit satisfaire à deux conditions : être souple et adhérer facilement à la peau sous l'influence d'une pression douce.

On doit proscrire absolument l'emploi de certains emplâtres durs, reposant sur des tissus apprêtés et résistants, qui ressemblent à un morceau de gomme laque et que la pharmacie livre encore trop souvent; ils ne peuvent à aucun titre être employés comme pansements occlusifs.

L'application d'un emplâtre doit toujours être précédée du nettoyage antiseptique de la partie qu'il est destiné à recouvrir : c'est là le meilleur moyen, mais non le moyen infaillible, de s'opposer aux pullulations microbiennes sous-emplastiques et de dimi-

nuer les phénomènes inflammatoires consécutifs.

En outre, la couche de matière emplastique ne doit pas être trop épaisse, et l'emplâtre doit être fraîchement préparé.

Les emplâtres doivent être renouvelés fréquemment, tous les deux ou trois jours au plus, plus souvent même sur les surfaces suppurantes ou lorsqu'il s'agit d'emplâtres irritants dont il faut surveiller l'action.

Lorsqu'il reste quelques fragments de la masse emplastique à la surface de la peau, on peut les enlever facilement par des frictions douces avec un tampon d'ouate hydrophile, imprégnée d'huile ou de vaseline.

Les emplâtres peuvent être étendus sur des tissus rès divers. Le plus ordinairement on se sert de toile de lin ou de coton; les tissus souples de soie (taffetas) donnent des emplâtres plus propres, qui peuvent avoir une couleur se rapprochant davantage de celle de la peau; Unna a recommandé l'emploi de la mousseline à laquelle on incorpore une dissolution de gutta-percha, ce qui en fait un tissu très mince, très souple et imperméable; cette préparation peut être employée pour rendre les autres tissus imperméables et leur conserver leur coloration.

La composition de la masse emplastique est des plus variables. Elle comprend un excipient, auquel on ajoute des substances actives variées. Aussi la liste des emplâtres, très courte il y a quelques années, tend-elle à s'accroître de plus en plus, même à l'excès. Nous ne donnerons ici que l'indication des emplâtres les plus usités et les plus recommandables.

L'ancienne pharmacopée ne comprenait guère que

quelques emplâtres réellement utiles : l'emplâtre simple, l'emplâtre diachylon et l'emplâtre de Vigo; ils sont encore employés et servent souvent de base à des emplâtres plus complexes.

L'*emplâtre simple* se compose de :

Litharge pulvérisée	ãa 50 gr.
Axonge	
Huile d'olives	
Eau	100 gr.

(Voir pour sa préparation les traités de pharmacie et le Codex).

Il est peu usité, ne doit être employé que comme enduit protecteur sur des surfaces non dénudées : car il est loin d'être aseptique, mais il entre dans la composition d'autres masses emplastiques.

L'*emplâtre diachylon* est composé de :

Emplâtre simple	48 gr.
Cire jaune	ãa 3 gr.
Poix blanche	
Térébenthine du mélèze	
Gomme ammoniaque	ãa 15 gr.
Galbanum	
Sagapenum	

(PHARMACOPÉE DES HOPITAUX DE PARIS)

Cette formule donne un emplâtre plus adhésif que celles indiquées par les auteurs.

Il doit être réservé aux surfaces non suppurantes ou aux ulcères de jambes; il entretient souvent la suppuration des lésions superficielles.

L'*emplâtre de Vigo* contenant (1) :

(1) L'emplâtre de Vigo du *Codex* contient 173 gr, 91 de mercure métallique par kilogramme.

Emplâtre simple		2000 gr.
Cire jaune	}	100 —
Colophane		
Gomme ammoniaque	}	
Bdellium		30 —
Oliban		
Myrrhe		
Safran		20 —
Mercure		600 —
Styrax liquide purifié		300 —
Térébenthine du mélèze		100 —
Essence de lavande		10 —

Le sparadrap de Vigo préparé avec cet emplâtre contient exactement 1 gr. 16 de mercure par centimètre carré.

est fréquemment employé comme occlusif dans les lésions syphilitiques ou non syphilitiques : il est supérieur à l'emplâtre diachylon, mais est souvent mal supporté par le tégument qui s'irrite à son contact, de sorte que ses effets doivent être surveillés. En raison de sa teneur en mercure, il ne doit jamais être appliqué sur des surfaces étendues; on ne doit jamais, à moins qu'on ait à rechercher l'action générale du mercure, appliquer simultanément sur le tégument plus de 100 centimètres carrés de cet emplâtre.

L'*emplâtre de poix* composé de :

Vinaigre blanc		16 gr.
Farine de froment	}	
Poix blanche		ãã 25 —
Poix noire		

et qu'il vaut mieux remplacer par la formule suivante :

Résine de pin	30 gr.
Poix noire	8 —
Térébenthine de Venise	2 —
Graisse de porc	1 —

(Bertarelli)

peut être utilisé pour le traitement des affections parasitaires du cuir chevelu. Nous avons indiqué à propos du favus et de la trichophytie comment et dans quels cas exceptionnels nous admettions son usage, qui, à notre avis, a été trop sévèrement jugé par la plupart des dermatologistes contemporains. Nous renvoyons le lecteur à ces chapitres (T. I, p. 76 et 91).

L'*emplâtre rouge de Vidal* composé de :

Emplâtre diachylon	52 gr.
Minium	3 —
Cinabre	3 —

remplace avantageusement l'emplâtre diachylon et souvent l'emplâtre de Vigo comme occlusif. C'est à lui que nous conseillons principalement de recourir quand on ne veut obtenir que l'occlusion d'une surface légèrement suintante ou d'une lésion prurigineuse circonscrite (lichens, eczémas cornés, etc.) ou la macération simple d'une lésion squameuse (lichens cornés, eczémas cornés); il est également très recommandable dans les eczémas palmaires et plantaires et dans les lésions des ongles.

Les masses emplastiques du Codex peuvent servir à incorporer des substances actives: mais la plupart des emplâtres employés actuellement en dermatologie sont préparés à base de gutta-percha ou de lanoline caoutchoutée.

La lanoline caoutchoutée contient 150 grammes de caoutchouc pour 1,800 grammes de lanoline et s'obtient en distillant sur la lanoline une solution chloroformique de caoutchouc.

Voici, à titre de renseignements, la composition de quelques-uns des emplâtres les plus employés à

l'hôpital Saint-Louis, d'après les formules publiées par M. Portes, pharmacien de cet hôpital (1).

Emplâtre à l'oxyde de zinc.

Emplâtre simple	720 gr.
Cire jaune	400 —
Lanoline caoutchoutée	1800 —
Oxyde de zinc	600 —

(Dans les eczémas secs ou humides.)

Emplâtre à l'acide pyrogallique.

Gomme ammoniaque	20 gr.
Cire jaune	aa 50 gr.
Lanoline caoutchoutée	
Colophane	20 —
Térébenthine de Venise	50 —
Acide pyrogallique	120 —

(Dans le psoriasis, les eczémas secs.)

Emplâtre à l'huile de cade.

Emplâtre simple	1000 gr.
Cire jaune	500 —
Huile de cade	300 —

(Dans le psoriasis.)

Nous ne pouvons entrer dans le détail de la composition des autres emplâtres. Signalons cependant les emplâtres suivants qui se trouvent désormais dans le commerce, préparés dans d'excellentes conditions (2) :

Emplâtres à l'acide salicylique au dixième (cors, verrues, kératoses localisées), au vingtième (psoriasis, lichen circonscrit).

(1) *Union pharmaceutique*, 1893, p. 489.

(2) Les emplâtres français sont dosés suivant la proportion centésimale de substance active contenue dans la masse emplastique. Les emplâtres de Unna dans lesquels l'excipient n'entre que pour une très faible proportion sont dosés à tant de substance active par 5me de mètre carré. Il y a dans ces modes d'évaluation une différence que le lecteur doit se rappeler lorsqu'il veut comparer ces deux ordres de produits.

Emplâtres à l'acide borique au dixième (cellent emplâtre adhésif dans toutes les lésions superficielles, dans l'impétigo, pour le pansement immédiat des plaies de scarifications, de grattage, etc., pour lesquelles il est préférable à l'emplâtre de Vigo et à l'emplâtre rouge de Vidal).

Emplâtres au dermatol au dixième (dans les eczémas et les lésions irritatives du tégument).

Emplâtres à l'oxyde de zinc au dixième, à l'oxyde de zinc au dixième et à l'acide borique au dixième, à l'oxyde de zinc au dixième et à l'acide salicylique au vingtième (dans les eczémas localisés et les dermatoses irritatives).

Emplâtres à l'oxyde de zinc au dixième et à l'essence de menthe au cinquantième (dans les eczémas localisés et prurigineux et dans les lichens).

Emplâtres à la résorcine et à la créosote, à la créosote et à l'acide salicylique (dans les lupus, avec les réserves que nous avons faites au chapitre du traitement du lupus).

Emplâtres à l'huile de foie de morue (préparations préconisées dans les lichens, les prurigos, mais dont l'utilité nous paraît des plus contestables).

Emplâtres à l'huile de chaulmoogra (dans la lèpre, d'utilité également contestable), etc., etc.

Rappelons, en terminant, que le savon noir peut servir à préparer extemporanément des emplâtres (Voir *Savons*, p. 327) très utiles dans le traitement des acnés et des diverses kératoses.

Enveloppements.

Toute application permanente d'un tissu quelconque sur la peau constitue en réalité un enveloppe-

ment. On réserve cependant plus spécialement ce terme aux pansements humides appliqués sur les surfaces malades et aux applications de tissus imperméables, destinés à empêcher l'évaporation des diverses sécrétions cutanées et dont le caoutchouc est le type (voir ce mot, p. 206).

Les enveloppements humides sont employés dans les dermatoses suintantes et dans les dermatoses irritatives à la période inflammatoire.

Ils peuvent avoir pour but de mettre au contact des parties malades des substances antiseptiques, d'absorber leurs sécrétions, et de maintenir les surfaces malades dans des conditions de chaleur et d'humidité qui favorisent la résolution des phénomènes inflammatoires.

La première indication est remplie par les solutions de sublimé à 1 pour 1000, 2000 ou 4000, par les solutions de phéno-salyl à 1 pour 300 ou pour 500, par l'eau boriquée, par la solution de salicylate de soude à 2 0/0 additionnée de 1 0/0 de bicarbonate de soude (Besnier).

Pour remplir les deux autres, on peut employer à peu près indifféremment l'eau bouillie, les décoctions de camomille, de fleurs de sureau. Dans les eczémas aigus de l'enfance, M. Besnier emploie fréquemment l'eau amidonnée et boriquée (une cuillerée à bouche d'amidon et une cuillerée à café d'acide borique pour deux verres d'eau tiède).

Des compresses de toile fine, ou mieux encore des doubles de tarlatane sans apprêt, ou un morceau de lint sont trempés dans le liquide choisi, puis exprimés de façon à enlever l'excès du liquide et posés à plat sur les surfaces à recouvrir. Par-dessus, on applique, pour empêcher l'évaporation, soit une

feuille de gutta-percha laminée, soit un morceau de taffetas gommé souple ou de makintosch, qu'on maintient au moyen d'une bande ou de tout autre pansement approprié à la forme de la région.

Les enveloppements humides doivent être renouvelés au moins une fois par jour, plus souvent si les sécrétions sont abondantes.

Ils doivent être supprimés lorsque l'épiderme prend une teinte blanche, qui dénote sa macération, et perd de son adhérence; si les téguments s'irritent au contact des enveloppements humides, on doit chercher si l'irritation provient des substances en solution dans les liquides employés ou simplement du contact prolongé de corps humides, et, dans ce dernier cas, changer le mode de traitement.

Épidermine.

H. V. Hebra et S. Kohn (1) donnent ce nom à un mélange de :

Cire...............................	ãa
Gomme arabique.....................	
Glycérine..........................	
Eau distillée......................	

préparé à chaud. Ce mélange forme une masse demi-fluide, d'aspect laiteux, à laquelle on peut incorporer divers médicaments et qui, appliquée sur la peau en couche fine, s'y dessèche rapidement sous forme d'une pellicule très adhérente. Cette préparation peut être employée comme vernis médicamenteux dans diverses affections. (Voir *Vernis*, p. 352.)

(1) *Internation. klin. Rundschau*, 1892, n° 15.

Épilation.

L'ablation des poils peut être pratiquée par des procédés multiples : extraction mécanique sans altération préalable de la papille pilaire, agents chimiques et physiques amenant la chute du poil par suite des modifications qu'ils provoquent dans la papille pilaire.

Chacun de ces procédés répond à des indications différentes.

L'*extraction mécanique* est applicable aux affections dans lesquelles la vitalité du poil n'est pas compromise, ou ne l'est pas assez profondément pour qu'on ne puisse espérer sa repousse normale après la guérison de la maladie du poil ou du follicule pilaire. C'est le procédé usuel.

Il est surtout employé dans les affections parasitaires du cuir chevelu.

L'épilation a été surtout mise en honneur dans ces affections par Bazin. Elle permet d'enlever les poils envahis ou entourés par le parasite, d'extraire avec eux un grand nombre d'éléments parasitaires que les agents chimiques du traitement ne pourraient détruire ou stériliser. Mais ce rôle d'élimination du parasite est très incomplètement rempli par l'épilation pour deux raisons : les poils parasités sont souvent plus friables que les poils normaux, ils se brisent sous les efforts de traction et la portion du poil qui persiste dans le fond du follicule pilaire renferme encore un nombre considérable de parasites ; en outre ceux-ci n'habitent pas toujours exclusivement le poil, ils occupent souvent encore ses gaines qui viennent très incomplètement à l'épilation

et la papille pilaire qui n'est pas extraite avec le poil. Malgré ses avantages incontestables, l'épilation des poils malades est donc une méthode très insuffisante de traitement des trichomycoses et ne saurait être mise seule en usage dans ces affections.

Dans le traitement de ces affections, l'épilation n'est pas seulement employée pour avulser les poils malades et les parasites qu'ils renferment. M. Besnier a insisté avec beaucoup de raison sur la nécessité d'enlever non seulement ceux-ci, mais encore les poils sains qui les entourent, de façon à établir autour des parties malades une zone de calvitie artificielle, qui empêche l'envahissement des poils encore respectés, une *zone de protection et de surveillance*, comme il l'appelle à juste titre. Cette zone doit comprendre une étendue de 5 à 6 millimètres au pourtour de toutes les lésions reconnues par un examen attentif. Les lésions ainsi circonscrites cessent presque toujours de s'étendre; l'affection est limitée et il ne reste plus qu'à traiter les lésions existantes.

L'épilation mécanique peut encore être pratiquée dans les affections inflammatoires des follicules pilaires : dans les folliculites pilaires, le sycosis, les eczémas des régions velues et surtout de la barbe. Le poil, qui joue le rôle de corps étranger, irrite par sa présence seule le follicule dans lequel il persiste, sert de protection à une foule de microorganismes pyogènes et son extirpation facilite la guérison de ces lésions.

Enfin, dans les lésions diverses de la barbe et du cuir chevelu nécessitant l'emploi de topiques irritants ou des pansements rigoureusement antiseptiques (lupus vulgaire ou érythémateux, épithéliomas,

chancre syphilitique, etc.), l'épilation pratiquée sur la bordure des lésions, en mettant celles-ci complètement à jour et en permettant de mieux apprécier leurs limites, facilitera les applications locales.

On a parfois reproché à l'épilation de faciliter l'inoculation de lésions suppuratives de voisinage, de provoquer l'éclosion de folliculites au niveau des poils extirpés. Nous croyons cette crainte vaine, ou du moins nous croyons que la pratique rigoureuse des précautions antiseptiques empêche toujours l'apparition de lésions secondaires de quelque importance : la preuve en est dans la limitation des foyers inflammatoires à la suite de l'épilation de voisinage. L'emploi du rasoir pour faire tomber les poils qui entourent un de ces foyers est autrement à redouter que l'épilation.

L'*épilation par les agents chimiques et physiques* qui modifient l'état de la papille pilaire est destinée, non plus à faire tomber les poils sans compromettre leur repousse ultérieure, mais à provoquer la chute de poils développés en des régions normalement glabres; c'est essentiellement le traitement des hypertrichoses, c'est-à-dire de lésions disgracieuses plutôt que de maladies à proprement parler; accessoirement, et dans des circonstances rares, elle peut servir à détruire définitivement des poils que leur situation rend gênante (trichiasis) ou dont les lésions ne peuvent guérir qu'avec une lenteur excessive par des procédés moins radicaux (par exemple, certains eczémas de la barbe indéfiniment récidivants ou des poils trichophytiques disséminés et rebelles au traitement. (Voir T. I, p. 94.)

Cette méthode comprend deux procédés : l'emploi

des agents chimiques et l'emploi de l'électricité (électrolyse).

Des agents chimiques divers ont été préconisés sous forme de pâtes et de poudres dépilatoires (Voir ce mot, T. II, p. 236) pour faire tomber les poils anormaux : on a espéré qu'ils détermineraient la chute du poil et que, détruisant définitivement la papille pilaire, ils la mettraient dans l'impossibilité de reproduire ultérieurement un nouveau poil. En réalité, ces agents semblent plutôt compromettre l'adhérence du poil à la papille que détruire celle-ci ; le poil tombe, mais la papille reste le plus souvent vivante ; modifiée dans sa nutrition, elle reproduit encore un poil, et ce poil est souvent plus volumineux et plus résistant que le poil primitif. En outre, ces pâtes ont l'inconvénient d'irriter les téguments, de les rendre rugueux et de substituer souvent à l'hypertrichose d'autres altérations non moins disgracieuses. Elles peuvent, à la rigueur, servir à faire tomber des poils follets. Mais leur emploi est, somme toute, très limité par leurs inconvénients.

L'épilation par l'électrolyse, qui mériterait mieux le nom de tricholyse électrique que celui d'épilation, puisqu'elle consiste dans la destruction des moyens d'adhérence et de reproduction du poil, a remplacé les pâtes épilatoires dans le traitement des hypertrichoses. Elle a sur ces pâtes l'avantage d'agir directement et réellement sur les papilles, de les détruire. Lorsqu'elle est pratiquée avec la prudence nécessaire, elle ne laisse pas à la suite de lésions appréciables de la peau. Son action est donc à la fois plus sûre et plus inoffensive que celle des pâtes dépilatoires. Ses inconvénients sont la longue durée du traitement et les sensations pénibles qu'elle provoque.

Procédés mécaniques d'épilation. — Les poils peuvent être extirpés avec les doigts, avec une pince ou au moyen d'emplâtres agglutinatifs.

L'*épilation avec le doigt* est un procédé rudimentaire et très insuffisant, qui expose à rompre facilement les poils et surtout à ne débarrasser que très incomplètemnt les parties malades.

Les *emplâtres agglutinatifs* ont été très employés dans le traitement des affections parasitaires du cuir chevelu, pour extirper les cheveux malades : l'antique calotte de poix, dont on recouvrait la tête des teigneux et qu'on enlevait d'un seul coup, était un procédé brutal, justement abandonné. Les bandelettes d'emplâtres agglutinatifs à la poix (voir T. II, p. 253) appliquées sur les parties malades peuvent être employées à titre exceptionnel pour pratiquer une épilation grossière dans les trichomycoses : comme nous l'avons dit à propos de la trichophytie et du favus (voir T. I, p. 76 et 91), c'est un pis-aller, préférable à l'abstention complète quand on ne dispose pas d'un aide assez intelligent pour faire fonction d'épileur; mais toutes les fois qu'on peut pratiquer ou faire pratiquer l'épilation à la pince, c'est à elle qu'on doit avoir recours. Les emplâtres, même en bandelettes, sont toujours d'un emploi plus douloureux que la pince, et surtout ne permettent pas de pratiquer au pourtour des lésions une zone de protection indispensable dans le traitement de ces affections.

L'*épilation à la pince* est donc le véritable moyen d'épilation mécanique.

Les pinces à épiler sont des pinces à mors plats, mesurant environ 3 millimètres de long sur 5 de large; les mors doivent s'adosser exactement l'un à

l'autre sur toute leur étendue et non pas seulement sur leurs bords, qui risqueraient alors de sectionner le poil.

La pince peut être articulée ou à ressort; ce dernier modèle nous paraît préférable.

M. Ehlers a imaginé, pour la pince à épiler, une

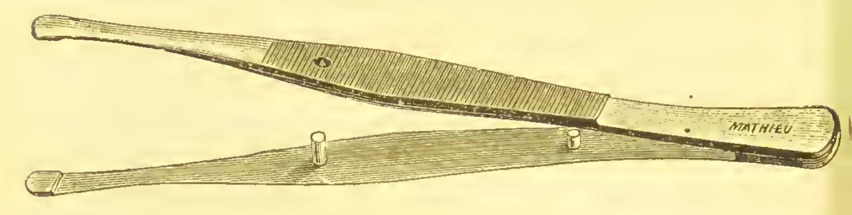


Fig. 5. — Pince à épiler à ressort.

monture spéciale, constituée par un épais manche métallique en forme de poire, à l'extrémité de laquelle la pince est articulée en genou de façon à se mouvoir en tous sens : cette pince est surtout destinée à empêcher les crampes qui se produisent chez certains sujets après une séance pro-

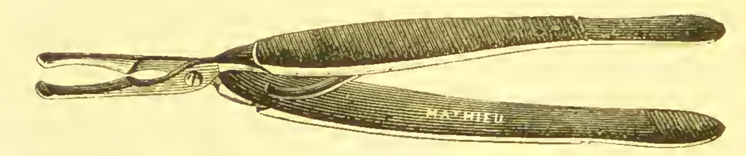


Fig. 6. — Pince à épiler articulée.

longée d'épilation; elle a l'avantage de se placer automatiquement en main, et nous a paru utile pour extirper les poils attaqués par l'électrolyse, la durée des séances devenant une cause de fatigue pour les doigts de la main gauche qui tiennent la pince

Le manuel opératoire de l'épilation est assez

simple pour n'avoir pas besoin d'être décrit. Il faut cependant faire remarquer que cette petite opération demande une certaine souplesse de main, qu'elle doit, surtout dans les trichomycoses, se faire sans à-coup, mais bien par une traction lente sur le poil dans la direction même de celui-ci, qui, sans cette précaution, se romprait souvent.

L'avulsion du poil détermine une sensation assez analogue à celle d'une piqûre, plus agaçante que douloureuse : elle ne mérite pas la qualification de torture qu'on lui a parfois donnée. Cependant, surtout chez les enfants, et lorsqu'il s'agit d'établir une bordure d'épilation autour de plaques étendues de trichomycose, elle peut devenir assez pénible pour ne pas pouvoir être pratiquée entièrement en une seule séance; il convient alors de la fractionner à intervalles convenables. Les anesthésiques locaux ne sont pas applicables à l'épilation : la cocaïne ne pénètre pas ou ne pénètre que difficilement et en petite quantité à travers l'épiderme sain, et la durée de l'opération ne permet pas d'utiliser ses propriétés anesthésiques; les goudrons (huile de cade, etc.), l'huile phéniquée, peuvent modérer la douleur de l'épilation; mais il ne faut pas trop compter sur cet effet et ils ont parfois l'inconvénient d'être irritants.

L'épilation provoque ordinairement, surtout lorsqu'on la pratique pour la première fois, un certain degré d'inflammation des follicules pilaires, se traduisant par l'apparition de très petites pustules à leur niveau (miliaire d'épilation). Cette éruption disparait en l'espace de quelques jours, sous l'influence d'applications humides.

Bazin faisait suivre l'épilation de l'application de parasiticides, et spécialement de pommade au tur-

bith. Cette pratique est à peu près abandonnée : elle a l'inconvénient d'exagérer l'intensité de la miliaire d'épilation. Il est préférable de laver la surface épilée avec une solution de sublimé, ou de l'eau boriquée, ou mieux encore avec de l'alcool boriqué ou salolé; après les premières séances d'épilation, il est souvent utile d'appliquer pendant quelques heures un pansement humide au sublimé ou à l'acide borique et même, si l'inflammation atteint une certaine intensité, de faire mettre quelques cataplasmes de fécule de pommes de terre; après quoi, on panse pendant un jour ou deux avec la vaseline boriquée.

Lorsque l'inflammation fait défaut, ou après sa disparition, on fait exécuter le traitement nécessité par la maladie qui a fait recourir à l'épilation.

Épilation par l'électrolyse.

L'électrolyse a été appliquée pour la première fois à la destruction des follicules pileux par L. Le Fort, qui s'en servait pour le traitement du trichiasis. Elle a été utilisée, dans ces dernières années, pour le traitement des diverses hypertrichoses par les dermatologistes américains. L'épilation électrolytique a été vulgarisée en France par M. Brocq (1), qui a fixé les règles de son emploi.

Les **instruments** nécessaires pour l'épilation électrolytique sont ceux employés pour l'électrolyse en général. Il faut cependant mentionner spécialement les aiguilles. La plupart des dermatologistes se servent d'aiguilles en platine iridié. Avec M. Dubreuilh (2),

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1886, p. 248, et 1888, p. 147. — *Bulletin de la Société de dermatologie*, 1891, p. 198.
(2) *Journal de médecine de Bordeaux*. 14 juin 1891.

nous trouvons les aiguilles en acier de beaucoup préférables : on obtient ainsi des instruments beaucoup plus fins, et la finesse de l'aiguille est indispensable pour pénétrer dans le conduit folliculaire de certains poils très minces, comme ceux de la lèvre supérieure. On n'a pas à craindre une détérioration rapide des aiguilles d'acier, celles-ci étant toujours reliées au pôle négatif, et d'ailleurs leur bas prix permet de les remplacer dès qu'elles sont altérées; la seule difficulté est d'obtenir une bonne trempe des aiguilles qui, lorsqu'elles sont flexibles, se laissent courber pendant l'opération, et lorsqu'elles sont trop dures, risquent de se briser.

On a proposé des aiguilles munies d'un index qui permet de reconnaître la profondeur à laquelle elles sont enfoncées : cette disposition augmente le prix des aiguilles. Elle est d'ailleurs inutile si on se sert d'aiguilles coudées à un centimètre de leur pointe, comme l'a proposé avec raison M. Brocq : la condure à angle obtus ou mieux à angle droit facilite beaucoup l'introduction de l'aiguille.

Quant aux porte-aiguilles métalliques et volumineux qui sont employés par quelques opérateurs, nous en rejetons absolument l'emploi : ils sont toujours pesants et gênants dans une opération qui exige de la dextérité et une grande sûreté de main. L'aiguille doit donc être montée simplement sur une pièce métallique aussi légère que possible, cylindrique ou à pans coupés, de 3 à 4 millimètres de diamètre sur 1 1/2 à 2 centimètres de longueur, percée d'une embouchure centrale dans laquelle s'engage la barrette terminale du fil conducteur. L'aiguille elle-même doit mesurer environ 4 centimètres. (Voir p. 244.)

Le courant électrique traversant presque exclusivement la pointe de l'aiguille, en vertu de la loi bien connue d'électricité et en raison de la résistance moindre au niveau de la papille pilaire qu'au pourtour du conduit pilaire, il est inutile de l'isoler électriquement dans son trajet intra-épidermique au moyen d'un vernis ou de toute autre substance qui augmenterait son volume sans aucun profit.

A l'instrumentation ordinaire il faut ajouter une pince à épiler pour extraire les poils opérés, et, pour cette opération, nous donnons la préférence à la pince à manche de Ehlers qui tient très bien en main.

Manuel opératoire. — Le sujet étant placé bien en face du jour, de préférence étendu lorsqu'il s'agit d'une hypertrichose de la face, et tenant en main le cylindre-électrode, on introduit l'aiguille le long du poil, comme pour cathétériser le conduit pilaire, suivant la très juste comparaison de M. Brocq ; lorsqu'elle est exactement conduite, elle glisse le long du poil, et la main n'éprouve de résistance qu'au moment où la pointe de l'aiguille arrive au fond du follicule, au niveau de la papille ; il faut alors s'arrêter, pour ne pas pénétrer dans le derme sur lequel il est inutile et dangereux de faire agir le courant ; si on éprouvait une résistance insolite avant d'avoir atteint le niveau présumé de la papille, — ce dont la coudure de l'aiguille servant de repère permet de s'assurer, — c'est qu'on aurait fait une fausse route à travers le derme ; il faudrait retirer l'aiguille et l'introduire à nouveau. Lorsqu'on a atteint le fond du follicule et que le courant est établi, on doit bien se garder d'exercer une pression sur l'aiguille : elle dépasserait le niveau du follicule, pénétrerait plus

facilement qu'avant le passage du courant et on risquerait de provoquer des lésions du derme.

L'aiguille étant en place, on manœuvre — ou on fait manœuvrer par un aide — le collecteur de la pile, de façon à obtenir un courant de 2 à 4 milliampères. Il est inutile de dépasser ce dernier chiffre, et il peut être dangereux de le faire, les courants trop intenses ayant le grave inconvénient de provoquer une désorganisation trop violente des tissus avoisinants et de produire des cicatrices.

La manœuvre du collecteur exige toujours un certain temps; elle réclame presque nécessairement la présence d'un aide, et cet aide doit à chaque manœuvre prendre soin de ne pas dépasser l'intensité voulue. Son seul avantage est de fournir un courant d'intensité progressivement croissante, déterminant une sensation moins pénible qu'un courant maximum d'emblée. Cette dernière considération peut avoir quelque importance chez les sujets très nerveux et surtout pendant les premières séances d'électrolyse. Sauf dans ces cas, on peut remplacer la manœuvre du collecteur par d'autres procédés de fermeture et d'ouverture du courant : M. Brocq a proposé dans ce but de faire établir et interrompre le courant par le malade lui-même qui, sur l'ordre de l'opérateur, saisit le cylindre-électrode au moment où l'aiguille est en place, et le fait progressivement et lentement pour éviter les secousses brusques, et le lâche alors que le poil est détruit. Cet expédient ne nous a pas paru mettre à l'abri des secousses brusques et réclame de la part des malades une attention et une obéissance parfois difficiles à obtenir. Nous préférons de beaucoup l'interruption faite par le médecin lui-même, et, pour ne pas entraver la

liberté des mains, nous nous servons d'un interrupteur à ressort placé sur le trajet du fil négatif, que nous manœuvrons avec le pied : cet appareil, extrêmement simple et facile à construire, dispense de l'intervention de la volonté du malade.

Quelle que soit la manœuvre adoptée, on n'enlèvera l'aiguille qu'après avoir interrompu le courant.

L'électrolyse déterminant toujours une certaine douleur, on a cherché à atténuer celle-ci par des applications de pommades à la cocaïne, qui n'ont pas d'effets bien sensibles sur elle, ou par des injections hypodermiques de cocaïne (Dubreuilh), que nous rejetons en raison des dangers inhérents à l'emploi de cette substance. Nous nous contentons de calmer l'irritabilité de certains sujets par l'emploi de la valériane à l'intérieur, la veille et le jour de l'opération.

Le temps pendant lequel on doit faire passer le courant, varie suivant le volume des poils : pour les poils fins, il est environ de 10 à 15 secondes; pour les poils volumineux, que les malades avaient soumis à des épilations répétées à la pince, il peut atteindre 30 à 40 secondes. En général, au bout de ce temps, le poil vient facilement sous une traction légère de la pince. S'il résiste encore, il suffit d'attendre quelques minutes pour l'enlever sans effort. L'appréciation du temps nécessaire pour obtenir la destruction de la papille pilaire et par suite la chute du poil exige une certaine expérience de la méthode : car il varie, comme le fait remarquer M. Brocq, suivant les qualités de la peau, suivant la région opérée, suivant la profondeur et le volume du poil. Il est certain que l'apparition de la mousse autour de l'aiguille précède d'un temps fort appréciable la destruction de la papille; d'un autre côté, si le courant

agit trop longtemps, il désorganise les tissus et peut laisser des cicatrices apparentes et le médecin doit surtout chercher à éviter cet écueil.

L'épilation peut être répétée sur un nombre de poils variant en moyenne de 35 à 80 dans l'espace d'une demi-heure, durée que sauf exceptions on doit considérer comme le maximum que peuvent atteindre le patient et l'opérateur.

Elle ne doit pas porter sur des poils trop rapprochés les uns des autres et M. Brocq a fort justement posé ce principe que l'on ne doit pas attaquer dans une même séance deux poils assez voisins pour que les vésicules succédant à leur électrolyse se confondent.

Suites de l'opération. — A la tache blanche produite par le passage du courant, succède une légère saillie d'apparence ortiée, centrée par une vésicule qui se rompt et laisse à sa place une croûtelle brunâtre, puis une cicatrice. La cicatrice blanche est très minime et à peine appréciable à la loupe, lorsque l'opération a été faite avec la prudence nécessaire. Si au contraire on a employé des courants trop intenses, trop prolongés et attaqué des poils trop rapprochés, il peut se produire des ulcérations véritables, suivies de cicatrices très apparentes, souvent chéloïdiennes, qui sont indélébiles et plus difformes que l'hypertrichose elle-même. Il est tout à fait exceptionnel de voir ces accidents se produire à la suite d'opérations électrolytiques conduites avec soin et modération. Cependant ils peuvent survenir chez certains sujets prédisposés au développement des chéloïdes. Aussi, cette prédisposition ne pouvant être prévue, croyons-nous avec M. Brocq qu'il est bon, avant de tenter la destruction

des poils, de commencer par en attaquer un petit nombre sur différents points de la surface hypertrichosique, et d'attendre une quinzaine de jours pour observer les effets obtenus.

Les inconvénients de l'épilation électrolytique sont : la repousse d'un certain nombre, un dixième au moins, des poils opérés, qu'il faut attaquer à nouveau; l'impulsion donnée par l'irritation électrique à la poussée des poils peu volumineux, à peine apparents, poils follets qui deviennent adultes et qu'il faut détruire après ablation de la première couche de poils, quelquefois même la pousse successive de deux et trois couches nouvelles; enfin la longue durée du traitement, qui demande des séances très multipliées, en raison du nombre relativement faible de poils qu'on peut opérer à chaque séance.

Malgré ces inconvénients, l'épilation électrolytique est actuellement le seul moyen radical de destruction des poils. Elle doit, chez les sujets qui veulent être sûrement débarrassés d'une hypertrichose, être préférée de beaucoup à l'emploi des pâtes dépilatoires, qui altèrent le tégument, ne détruisent qu'une infime proportion de poils, et exagèrent la croissance des autres, à l'épilation par la pince et à la rasure qui activent d'une façon prodigieuse la pousse des poils et leur font acquérir rapidement des dimensions considérables.

Indications. — L'épilation électrolytique peut être appliquée aux diverses variétés d'hypertrichose. Elle est surtout indiquée dans les hypertrichoses localisées, dans les cas où un petit nombre de poils volumineux se sont développés sur le visage d'une femme jeune ou aux régions mammaire et intermammaire, ou sur un nævus pigmentaire. Lorsque les poils exis-

tent en grand nombre sur le visage, elle peut encore être proposée aux femmes qui veulent à tout prix s'en débarrasser, mais le médecin doit les prévenir explicitement de la durée extrêmement longue du traitement.

Euphorine.

L'euphorine ou phényluréthane s'obtient par l'action de l'éther chloroxycarbonique sur l'aniline. C'est une poudre blanche, d'odeur aromatique rappelant celle du clou de girofle, assez soluble dans un mélange d'eau et d'alcool. Elle a été préconisée par Peroni et Bovero (1) et par Cao (2) dans les ulcérations vénériennes et syphilitiques, comme succédané de l'iodoforme, dans les eczémas aigus et chroniques, dans la tuberculose cutanée, la trichophytie, le zona, etc. Elle a été employée sous forme de poudre, de solution alcoolique de 10 à 50 0/0, de pommades à doses de 10 à 20 0/0.

Nous n'avons aucune expérience de cette substance.

Europhène.

Cette substance, résultant de l'action de l'iode sur l'isobutylorthocrésol, est une poudre amorphe, de couleur jaune, d'odeur aromatique rappelant un peu celle du safran. Elle a été surtout préconisée comme succédané de l'iodoforme dans le traitement des ulcérations vénériennes et syphilitiques. Elle a été employée avec plus ou moins de succès dans les

(1) *Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, 1891, p. 30[illegible].
(2) *Riforma medica*, 18, 19 et 21 novembre 1892.

ulcérations tuberculeuses, le pityriasis versicolore, la trichophytie des parties glabres de la peau, la lèpre. Eichhoff (1) lui dénie toute influence dans les eczémas parasitaires, le psoriasis et le favus. Elle a été utilisée sous la forme de poudre pure, de pommades à 2 ou 5 0/0, etc.

Nous ne croyons pas que cette substance ait été expérimentée en France.

Gallacétophénone.

Le gallacétophénone est un trioxybenzol se rapprochant de l'acide pyrogallique, mais moins oxydable que ce dernier, se présentant sous l'aspect d'une poudre légèrement jaune qui cristallise facilement en aiguilles, à peine soluble dans l'eau froide, facilement soluble dans l'eau chaude, l'alcool, l'éther et la glycérine. Il a l'avantage de ne pas tacher le linge.

Rekowski (2) et Goldenberg (3) en ont obtenu de bons résultats dans le psoriasis et dans l'eczéma séborrhéique, en pommade à 10 0/0.

Nous n'avons aucune expérience de cette substance.

Gallanol.

On a donné ce nom à l'anilide de l'acide gallique, connu à l'état impur dans l'industrie sous le nom de gallol, et purifié pour l'usage médicinal.

(1) *Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 379 et *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1893, XVII, p. 312.
(2) *Therapeutische Monatsh.*, 1891, p. 487.
(3) *New-York medic. Journal*, 6 février 1892, p. 153.

Ce corps, cristallin, blanc, très peu soluble dans l'eau froide, est soluble dans l'alcool et l'éther.

Il jouit de propriétés réductrices et a été vanté, en pommades à 10 0/0 et à 25 0/0, dans le psoriasis et dans l'eczéma, par MM. Cazeneuve et Rollet (1). Ses effets nous ont paru des plus médiocres.

Glycérine.

La glycérine est fréquemment employée pour lubréfier le tégument chez les sujets à peau sèche. Elle peut être mêlée à l'eau de toilette ou servir en onctions, étendue de 1/2 ou 3/4 d'eau, après la toilette, dans les cas de séborrhée légère du visage (dartres farineuses, dartres sèches). Dans l'ichthyose et la xérodermie pilaire, les onctions de glycérine servent encore à maintenir la souplesse du tégument et à empêcher la reproduction des squames après le traitement de ces maladies (Lailler); mais les onctions de glycérolé d'amidon sont préférables.

On doit avoir soin de ne se servir que de glycérine rigoureusement neutre, cette substance s'altérant avec une grande facilité et devenant alors irritante pour la peau.

Glycérolés ou glycérés.

On donne le nom de glycérolés ou glycérés à des pommades à base de glycérine; ces préparations, un peu trop fluides pour beaucoup d'applications, adoucissent le tégument comme la glycérine, à la condition de n'être pas altérées.

(1) *Lyon médical*, 9 avril 1893, p. 507.

Elles peuvent être préparées à base d'amidon ou d'argile.

Glycérine *neutre*	75 gr.
Amidon en poudre	5 —

(CODEX)

Glycérine *neutre*	25 gr.
Terre glaise des statuaires	5 —

(F. VIGIER)

On peut, lorsqu'on se sert de glycérolés en onctions sur des surfaces étendues, dans l'ichthyose par exemple, dissimuler l'odeur un peu fade de la glycérine par l'adjonction d'eau de laurier-cerise (Lailler), qui calme les démangeaisons :

Glycérolé d'amidon à la glycérine *neutre*	90 gr.
Eau de laurier-cerise	10 —

Il importe de ne pas employer, dans ces cas, une trop grande quantité de glycérolé, qui graisserait les vêtements sans agir plus efficacement sur la peau.

Le glycérolé tartrique :

Glycérolé d'amidon à la glycérine *neutre*	30 à 40 gr.
Acide tartrique	1 gr.

(E. VIDAL)

est un très bon antiprurigineux, dans les lichens, les eczémas avec infiltration cutanée, l'urticaire, les divers prurits.

Ce sont là les seuls glycérolés que nous croyions devoir conseiller.

Goa (Poudre de)

Cette poudre, provenant d'un arbre du Brésil, contient de l'acide chrysophanique. (Voir ce mot, p. 226.)

Elle a été employée dans le traitement de la tricho-

phytie, et spécialement de la forme de trichophytie exotique connue sous le nom d'herpès imbriqué ou de tokelau.

On peut l'incorporer à la vaseline ou à l'axonge, ou plus simplement en saupoudrer les parties malades après les avoir humectées d'eau.

Goudrons.

Divers goudrons ont été employés en dermatologie, pour le traitement substitutif des affections inflammatoires chroniques, dans le psoriasis et les eczémas en particulier.

La pommade au goudron de l'ancienne pharmacopée est aujourd'hui presque abandonnée. L'impureté et la variabilité de composition des goudrons qui servent à la préparer en font une préparation d'effets assez variables; elle provoque souvent une irritation parfois violente et une exacerbation de lésions eczémateuses aiguës ou chroniques dans lesquelles on l'emploie ordinairement et nous ne saurions la conseiller.

Les goudrons les plus employés actuellement sont l'huile de cade vraie, l'huile de bouleau et l'huile de hêtre. (Voir ces mots.)

Gynocardique (Acide).

Cet acide, extrait de l'huile de chaulmoogra, ne s'emploie que dans le traitement de la lèpre; nous renvoyons à ce chapitre qui traite de cette dernière affection (T. I, p. 202) pour l'indication de son action et son mode d'emploi.

Hoang-nan.

L'écorce de cette plante (strychnos gaultheriana) a été employée sous forme de poudre dans le traitement de la lèpre, où elle ne semble avoir aucune action curative; son administration provoque souvent des accidents d'intoxication strychnique et elle doit être abandonnée.

Hydrothérapie.

La thérapeutique dermatologique emprunte à l'hydrothérapie un certain nombre de ses procédés, les bains en première ligne, les enveloppements humides et les douches. (Voir ces mots.)

Hydroxylamine.

Le chlorhydrate d'hydroxylamine (cette substance est une base analogue à l'ammoniaque obtenue par réduction de l'acide nitrique) est un agent de réduction qui a joui pendant quelque temps en Allemagne d'une certaine vogue dans le traitement du psoriasis, du lupus, de la trichophytie. Il paraît à peu près abandonné, en raison des douleurs et de l'irritation qu'il provoque et des accidents toxiques auxquels il donne lieu.

Eichhoff (1) et Fabry(2) l'ont préconisé en solutions au 1000e, au 500e, au 200e dans l'alcool pur ou étendu de son poids de glycérine, pour badigeonnages ou en

(1) *Monatsh f. prakt Dermat.* 1889, VIII, p. 12.
(2) *Archiv f. Dermatologie*, 1889, n. 2.

solution aqueuse au 1000ᵉ ou pour enveloppements. On l'a également employé en pommades et en savon.

Ichthyol.

Cette substance, introduite dans la thérapeutique dermatologique par Unna, est de consistance demi-fluide, de coloration brun noirâtre, d'odeur rappelant celle du goudron, mais plus désagréable. C'est un produit de composition assez complexe, extrait par distillation de roches bitumineuses du Tyrol dans lesquelles on trouve des poissons fossiles décomposés, d'où le nom qui lui a été donné.

L'ichthyol est soluble dans l'éther, dans l'alcool et dans l'eau pure.

Très riche en soufre, auquel elle doit peut-être une grande partie de ses propriétés, cette substance, traitée par l'acide sulfurique, donne un acide (acid. sulfo-ichthyolique) qui peut se combiner avec les bases. Le plus employé de ces sels est le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque.

L'ichthyol est un agent réducteur (Unna), c'est-à-dire qu'il soustrait l'oxygène aux tissus ; il provoque la rétraction des vaisseaux sanguins, d'où son emploi comme décongestionnant, et jouit de propriétés analgésiques et antiseptiques. Il est parfois irritant, de sorte que ses effets doivent être surveillés de près.

Son odeur en rend l'emploi pénible à certains malades ; elle peut être en partie masquée par l'addition d'essence de mirbane.

L'ichthyol est considéré par quelques dermatologistes comme une sorte de panacée et a été appliqué au traitement de presque toutes les affections cuta-

nées, surtout de celles où le soufre est habituellement employé.

Il est surtout utile dans les acnés pustuleuses et dans l'acné rosacée, dans certaines formes d'eczéma chronique avec infiltration lichénoïde, dans les alopécies. Unna le vante particulièrement dans la lèpre.

L'ichthyol peut être employé à l'intérieur, à la dose de 50 centigrammes à 3 grammes par jour, sous forme de pilules de 10 centigrammes ou de capsules contenant 25 centigrammes d'ichthyol, administrées au moment des repas. Peu de malades peuvent le supporter à la dose de 1 gramme par jour (Besnier), quoique certains auteurs l'aient employé à des doses plus élevées. Il ne nous a jamais paru préférable à d'autres préparations soufrées, et nous ne saurions, jusqu'à plus ample informé, en recommander l'emploi dans l'acné, où il a été surtout préconisé.

Localement, l'ichthyol peut être employé sous forme de pommades, d'emplâtres, de vernis, de savon, de solutions alcooliques et éthérées ou de solutions aqueuses.

Pommades :

Ichthyol	10 à 15 gr.
Vaseline ou lanoline	100 —

(Dans les eczémas avec prurit et surtout dans les eczémas séborrhéiques.)

Ichthyol	8 à 15 gr.
Oxyde de zinc	20 —
Vaseline ou lanoline	40 —

(Idem).

Emplâtres à 5 ou 10 0/0 dans les mêmes affections.

Savons à 5 ou 10 0/0.

(Dans les acnés, pour laver les parties ou pour faire mousser sur la peau et laisser la mousse sécher pendant 3 à 6 heures suivant la tolérance de la peau ; pour lavages dans les alopécies séborrhéiques, la pelade, etc.)

Solutions :

Sulfo-ichthyolate d'ammoniaque........	5 à 30 gr.
Alcool............................	} ãa 30 gr.
Éther.............................	

(En badigeonnages le soir dans l'acné pustuleuse et l'acné rosée.)

Ichthyol..............................	1 à 2 gr.
Eau distillée.........................	100 —

(Pour enveloppements humides dans les dermatoses prurigineuses étendues.)

Vernis :

Ichthyol..............................	} ãa
Traumaticine..........................	

(En badigeonnages dans l'érysipèle (Juhel-Rénoy.)

Ichthyol..............................	} ãa 40 gr.
Amidon en poudre......................	
Solution concentrée d'albumine...........	1 —
Eau..................................	20 —

(Dans les acnés, les eczémas localisés. (Unna.)

Iode.

L'iode est employé dans le traitement des dermatophyties en raison de ses propriétés parasiticides ; en réalité, il agit plutôt comme agent d'exfoliation épidermique, et entraîne les parasites en même temps que les couches épidermiques dans lesquelles ils sont contenus.

La teinture d'iode est la préparation la plus usitée dans le traitement des trichophyties du cuir chevelu et des parties glabres, du favus des parties glabres, des formes peu étendues du pityriasis versicolore et de l'érythrasma.

Dans les trichophyties des parties glables, on ne doit pas se contenter d'un simple badigeonnage, mais faire avec le pinceau une friction un peu énergique (Besnier).

Les badigeonnages répétés de teinture d'iode peuvent servir à faire avorter les furoncles et les pustules d'acné.

Les pommades iodées peuvent encore être utilisées dans le traitement de la trichophytie du cuir chevelu :

Iode métallique...........................	1 gr.
Vaseline..................................	50 —

(Lailler)

On a préconisé dans le traitement de la pelade le collodion renfermant 1/50 d'iode métallique : nous n'avons jamais vu cette préparation donner des résultats satisfaisants.

Hardy préconisait dans le traitement d'un certain nombre de dermatoses rebelles, en particulier les scrofulides, les badigeonnages avec la solution d'iode caustique, dont voici la formule :

Iode pur..................................	1 gr.
Iodure de potassium.......................	3 —
Eau distillée.............................	30 —

Iodoforme.

L'iodoforme n'est guère employé en dermatologie que comme topique dans les diverses ulcérations. Si ses propriétés antiseptiques ont été parfois discutées,

il n'en constitue pas moins un des agents les plus utiles pour obtenir la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses et des ulcères torpides de toute nature. Il a de plus des propriétés analgésiques qui le rendent utile dans les ulcérations douloureuses, situées au voisinage des orifices naturels.

On peut, dans ces cas, l'employer en pommade :

Iodoforme.............................	1 à 2 gr.
Vaseline ou lanoline.....................	30 —

Les inconvénients bien connus de l'iodoforme (odeur pénétrante et persistante, éruptions érythémato-vésiculeuses plus ou moins étendues) lui ont fait substituer un grand nombre de succédanés plus ou moins heureusement trouvés : iodol, aristol, dermatol, salol, etc., dont l'un des derniers venus est le diiodoforme. (Voir ces mots.)

Iodol.

L'iodol, ou tétraiodure de pyrrol, est une poudre brune, se fonçant à la lumière, composée de prismes brillants et doux au toucher, d'odeur faible rappelant celle du thymol, presque insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool absolu, l'éther et le chloroforme, assez caustique.

On l'a préconisée dans les ulcérations vénériennes et dans les ulcérations atoniques.

On l'emploie en poudre, en solution au cinquantième dans un mélange de 1 partie d'alcool et de 2 parties de glycérine, en pommade à 2 0/0.

Cette substance est assez irritante, son emploi doit être surveillé et nous paraît des plus restreints.

Lanoline.

On donne le nom de lanoline à une graisse formée par l'union d'acides gras et de cholestérine, que l'on trouve dans un certain nombre de tissus cornés et que l'on extrait du suint de laine de mouton.

La lanoline est une substance glutineuse, visqueuse, de coloration jaunâtre, faiblement odorante, de réaction neutre, s'altérant à peine au bout de plusieurs mois.

Elle absorbe facilement son poids d'eau et une très forte proportion de glycérine, et se mêle facilement aux autres graisses.

D'après la plupart des auteurs, elle est absorbée par la peau, grâce à sa composition chimique qui se rapproche de celle de certaines parties du tégument, et son absorption entraîne celle des substances qui sont incorporées. Cependant cette propriété est mise en doute par M. Aubert (de Lyon).

La consistance un peu trop ferme de la lanoline ne permet guère de l'employer comme seul excipient d'une pommade ; mais son mélange à la vaseline donne des pommades de consistance variable, préférables pour certains usages à la vaseline pure qui devient souvent trop fluide à la température du corps.

Son mélange à l'axonge est moins recommandable, celle-ci étant susceptible de s'altérer.

La lanoline entre dans la composition de quelques emplâtres et de quelques savons.

La lanoline est, plus souvent encore que la vaseline, mal supportée par la peau qu'elle irrite : dans les dermatoses inflammatoires on ne devra la prescrire

qu'avec précaution et sous bénéfice de l'observation de ses effets.

Liniments.

Les liniments sont des préparations dont on se sert pour oindre ou frictionner la peau.

Leur composition est extrêmement variée : on emploie des liquides alcooliques, de l'huile chargée de différents principes médicamenteux, des mélanges de matières grasses ou de liquides spiritueux. Les liniments sont le plus souvent liquides, mais quelquefois aussi leur consistance est la même que celle des pommades.

Les liniments employés en dermatologie sont émollients, antiprurigineux, excitants ou siccatifs.

Les LINIMENTS ÉMOLLIENTS sont presque exclusivement représentés par le liniment oléo-calcaire, vieille préparation très décriée à l'heure actuelle et qui cependant rend encore de très grands services dans les dermatoses inflammatoires. M. Besnier l'emploie couramment dans les eczémas aigus, dans les pemphigus et les éruptions pemphigoïdes et, quoi qu'on en ait pu dire, il est des sujets qui, ne supportant ni les enveloppements humides ni les préparations de vaseline ou autres, se trouvent soulagés par le liniment oléo-calcaire.

Il se compose de :

Huile d'amandes douces....................	} $\widetilde{aa}$
Eau de chaux saturée.....................	

Le liniment oléo-calcaire ne doit être employé que fraîchement préparé ; aussi ne doit-on jamais le prescrire que par petites quantités à la fois.

On peut l'additionner de 1 à 2 0/0 d'acide phénique ou de menthol, pour en faire un excellent antiprurigineux dans les dermatoses inflammatoires qui s'accompagnent de prurit.

Les LINIMENTS ANTIPRURIGINEUX sont employés dans les prurits d'origine parasitaire, et surtout dans la phthiriase, dans l'urticaire.

Acide phénique cristallisé	2 gr.
Huile d'amandes douces	100 —

Menthol	2 à 4 gr.
Huile d'amandes douces	100 gr.

Les LINIMENTS EXCITANTS peuvent être employés dans le traitement de la pelade et des alopécies séborrhéiques ; ils ne diffèrent des lotions excitantes que par l'addition d'huile ou de glycérine qui, empêchant leur évaporation, prolonge l'action des substances incorporées.

Les liminents suivants peuvent être prescrits dans ce but :

Acide salicylique	2 gr.
Naphthol β	10 —
Acide acétique cristallisable	15 —
Huile de ricin	100 —

(P. RAYMOND)

Teinture de cantharides	5 à 20 gr.
Naphthol β	4 —
Alcool camphré	40 —
Alcoolat de romarin	25 —
Glycérine	35 —

M. P. Raymond (1) recommande avec raison d'exercer sur les plaques de pelade une friction un peu énergique, qui peut se faire à l'aide d'un pinceau en crin comme la brosse des peintres ou avec une brosse douce.

(1) *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 794.

Les LINIMENTS SICCATIFS ont été préconisés par Pick (1) dans le traitement de quelques dermatoses. Ces liniments, composés de :

Gomme adragante....................	5 gr.
Glycérine..........................	2 —
Eau distillée......................	100 —

et auxquels on peut ajouter des substances médicamenteuses diverses, rentrent plutôt dans la classe des vernis, car, en se desséchant, ils forment un enduit pelliculaire adhérent. Nous croyons que leur emploi est assez restreint, comme celui des vernis en général.

Losophane.

Le losophane est un triiodure de crésol, soluble dans l'éther, le benzol, le chloroforme et difficilement dans l'alcool.

Il est très irritant, même à doses faibles, dans les dermatoses inflammatoires, où il est contre-indiqué.

Saalfeld (2) l'a employé en poudre, en solution à 1 ou 2 0/0 dans l'alcool additionné d'un 1/4 d'eau, en pommade à 1 et 2 0/0, dans les trichophyties et le pityriasis versicolore, dans les eczémas chroniques avec infiltration de la peau, dans les acnés, les prurits, et en a obtenu des résultats satisfaisants ; il l'a employé sans utilité manifeste dans l'urticaire ; les pommades à 5 et 10 0/0 auraient quelque action dans le psoriasis.

Nous n'avons aucune expérience de cette substance.

(1) *Prager med. Wochenschr.*, 1891, n° 21.
(2) *Thrapeutische Monatsh.*, 1892, p. 544.

Lotions.

Les lotions sont fréquemment employées en dermatologie et répondent à des indications diverses. Elles peuvent être détersives et antiseptiques, émollientes, astringentes, antiprurigineuses, excitantes.

Les LOTIONS DÉTERSIVES ET ANTISEPTIQUES s'appliquent au traitement de toutes les dermatoses suintantes. Elles doivent être faites avec douceur, au moyen de fragments d'ouate hydrophile imprégnés d'une solution antiseptique : solution de sublimé de 2 pour 1000 à 1 pour 2000, eau boriquée à 3 0/0, eau phéniquée au centième, solution de phénosalyl à 1 pour 300 ou pour 500, etc.

Les LOTIONS ÉMOLLIENTES s'appliquent aux dermatoses inflammatoires et se font avec de la décoction de guimauve, de graine de lin, de feuilles de sureau, de tête de pavot, de l'eau de son, de l'eau d'amidon, etc., additionnées ou non d'acide borique. Ces liquides doivent être employés tièdes.

Les LOTIONS ASTRINGENTES, qui s'appliquent aux mêmes dermatoses accompagnées ou non de suintement, se font avec de la décoction de têtes de camomille (très utile dans les dermatoses suintantes qui sont loin de toujours bien supporter les lotions émollientes), de la décoction de racines d'aunée, de feuilles de noyer, de feuilles de ronce, d'écorce de chêne, avec des solutions de tanin à 4 pour 1000, avec de l'eau blanche (une cuillerée à bouche de sous-acétate de plomb liquide ou extrait de Saturne pour un verre d'eau, dans les intertrigos en particu-

lier), avec une solution de borate de soude de 1 à 3 0/0 ou d'alun à 2 0/0.

Les LOTIONS ANTIPRURIGINEUSES se font avec des solutions alcalines, des solutions de sublimé à 0,30 pour 1000, des solutions de cyanure de potassium à 0,50 pour 1000 ou d'acide cyanhydrique :

Solution officinale au 1/100..	0.50 centigr. à 1 gr.
Eau distillée	1000 gr.

avec l'eau de laurier-cerise, mais surtout avec de l'eau phéniquée à 1 pour 200 ou 1 pour 100, des alcools aromatiques (eau de Cologne, alcool de menthe, alcoolat de romarin, étendus de deux à quatre fois leur volume d'eau), avec de l'alcool mentholé à 2 ou 3 0/0, des vinaigres (vinaigre pur ou vinaigre aromatique) étendus de huit à dix parties d'eau.

Les lotions antiprurigineuses doivent être faites chaudes.

Les LOTIONS EXCITANTES sont destinées à produire un certain degré d'irritation du tégument; elles doivent déterminer la rubéfaction de la peau et non la vésication. Elles sont presque uniquement employées dans le traitement de la pelade et des alopécies. L'essence de térébenthine, les alcoolés, la teinture de cantharides, l'acide acétique sont les principales substances qui entrent dans leur constitution.

Voici quelques formules de lotions excitantes empruntées à divers auteurs :

Alcool camphré........................	100 gr.
Essence de térébenthine..................	25 —
Ammoniaque..........................	5 —

(Pharmacopée de l'hôpital Saint-Louis; lotion excitante n° 1.)

Alcool camphré	100 gr.
Essence de térébenthine	10 —
Ammoniaque	4 —

(Pharmacopée de l'hôpital Saint-Louis; lotion excitante n° 2.)

Alcoolat de Fioravanti	ãa 100 gr.
Alcool camphré	
Teinture de cantharides	ãa 10 à 30 gr.
Teinture de romarin	

(E. VIDAL.)

Teinture de cantharides	10 gr.
Chlorhydrate de pilocarpine	0,25 centigr.
Alcoolat de Fioravanti	ãa 50 gr.
Alcoolat de romarin	

(E. BESNIER.)

Salicylate de mercure	0,05 à 0,25 c.
Salol	1 à 5 gr.
Alcoolat de romarin ou de lavande	250 gr.

(BROCQ.)

Acide acétique cristallisable	5 gr.
Teinture de cantharides	ãa 15 gr.
Teinture de romarin	
Teinture de jaborandi	
Alcoolat de Fioravanti	ãa 50 gr.
Alcool camphré	

(Voir en outre *Liniments excitants*, p. 286 et *Acide acétique*, p. 190.)

Menthol

Le menthol est le stéaroptène ou camphre de l'essence de menthe. Il se dépose en cristaux pendant la rectification lente de cette essence. Son odeur rappelle celle de l'essence, mais est moins intense, moins aromatique et moins agréable. Il est soluble dans l'alcool et les huiles, insoluble dans l'eau.

Il jouit de propriétés anesthésiques et surtout antiprurigineuses, qui le rendent précieux dans les prurits, quelle qu'en soit la cause.

Son contact avec les téguments produit une sensation de froid assez intense, qui peut devenir pénible lorsqu'on applique des préparations mentholées sur une portion étendue du tégument.

Cette sensation est précédée d'une sensation de chaleur très désagréable lorsqu'il existe une dénudation épidermique; sur la muqueuse vaginale et la muqueuse anale, les préparations mentholées déterminent également des sensations pénibles chez beaucoup de sujets, tandis qu'elles sont très bien supportées par les muqueuses des voies respiratoires. Aussi conseillons-nous de ne pas employer le menthol dans les eczémas avec excoriations du tégument, ni dans les prurits anaux et vaginaux.

Le menthol peut être prescrit sous forme de solutions alcooliques, d'huile mentholée ou de pommades et de pâtes.

Solution alcoolique à 10 0/0 (dans l'urticaire et les prurits sans lésion.)

Huile mentholée :

Menthol	5 à 10 gr.
Huile d'amandes douces	100 —

(Dans l'urticaire, les prurits, les eczémas secs.)

Pommade :

Menthol	1 à 5 gr.
Oxyde de zinc	10 —
Vaseline	ãa 25 gr.
Axonge	

Cette pommade, formulée par MM. Dubreuilh et Archambault (1), peut être employée dans les mêmes cas.

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 17 août 1890.

Nous préférons de beaucoup, et pour les divers cas où le menthol est indiqué, la *pâte* suivante qu'emploie M. Besnier :

Menthol		2 gr.
Oxyde de zinc	}	āā 50 —
Vaseline liquéfiée au bain marie	}	

Le menthol peut être associé à des préparations plus actives dans les eczémas secs accompagnés de prurit. La pommade suivante :

Menthol	2 gr.
Résorcine	1 —
Soufre précipité	10 —
Oxyde de zinc	15 —
Vaseline	30 —

convient fréquemment à la fin d'une poussée eczémateuse, lorsque le prurit persiste avec une certaine intensité.

M. Besnier associe le menthol à la dose de 0,25 à 1 gramme 0/0 aux pommades qui servent dans le traitement de la gale, afin d'atténuer les sensations pénibles provoquées par leur application.

Mercure et ses composés.

Le *mercure métallique* n'est guère employé en dermatologie que sous forme d'emplâtres, dont l'emplâtre de Vigo (voir l'article *Emplâtres*) est actuellement le seul usité.

Le *sublimé* est employé comme antiseptique, plus rarement comme caustique, sous forme de solutions de pommade, de collodion.

Les solutions de sublimé sont d'excellents antiseptiques, préférables à tous les autres lorsqu'elles ne déterminent pas d'irritation de la peau. Elles servent

en lotions (au 500e) dans les affections parasitaires du cuir chevelu, dans les dermatoses primitivement microbiennes ou infectées secondairement; en applications permanentes (enveloppements humides, au 2000e, au 3000e ou au 4000e,) dans les mêmes cas, surtout dans l'ecthyma, les furoncles, les eczémas infectés. Pour ce dernier usage, il est préférable de se servir de solutions dans l'eau non alcoolisée ou dans l'eau additionnée de 1 0/0 de chlorure de sodium, plutôt que de liqueur de Van Swieten qui est plus irritante pour la peau.

Les pommades au sublimé à 2 ou 3 0/0 sont souvent irritantes et peu employées.

Le collodion au sublimé :

Sublimé corrosif	4 gr.
Collodion élastique	30 —

préconisé dans les verrues et dans les dermatomycoses, est très irritant, provoque des excoriations douloureuses et parfois des accidents d'intoxication. Nous ne saurions le recommander.

Le *calomel* est employé en pommades

Calomel à la vapeur	2 gr.
Vaseline	100 —

(Pharmacopée de l'hôpital Saint-Louis)

dans les eczémas, dans le psoriasis.

Cette préparation, qui donne quelquefois des succès remarquables dans certaines formes d'éczémas, ne saurait être employée avec assez de réserve. Outre les phénomènes toxiques qu'elle provoque avec la plus grande facilité, elle détermine souvent une irritation locale fort vive qui vient se surajouter à la lésion primitive et l'aggraver sans aucun bénéfice.

Elle doit être réservée à quelques cas d'eczémas circonscrits et peu étendus.

L'emplâtre au calomel, proposé par quelques auteurs comme succédané de l'emplâtre de Vigo pour le pansement des ulcérations et des lésions circonscrites, ne présente aucun avantage particulier et, comme toutes les préparations de calomel, expose particulièrement à la salivation mercurielle. Il nous semble devoir être abandonné.

Le *biiodure de mercure* a été proposé comme succédané du sublimé et peut s'employer sous les mêmes formes et dans les mêmes cas, mais à doses de moitié moins élevées. Il ne nous semble pas sensiblement préférable au sublimé.

Oxydes de mercure. — Les oxydes de mercure (précipité rouge et surtout précipité jaune) peuvent être employés en pommades dans les eczémas circonscrits, particulièrement dans les eczémas localisés au voisinage des orifices de la face.

Oxyde jaune de mercure................	0,50 à 1 gr.
Vaseline..............................	25 —

Vidal l'associait à l'huide de cade dans les eczémas impétiginiformes du visage et des oreilles.

Oxyde jaune de mercure..................	1 gr.
Huile de cade vraie.....................	5 —
Glycérolé d'amidon......................	30 —

On a encore vanté le précipité jaune dans l'impétigo vrai, qui peut être tout aussi facilement guéri par des topiques plus simples et moins dangereux.

Le turbith minéral (*sous-sulfate de bioxyde de mercure*), très employé autrefois dans le traitement des affections parasitaires du cuir chevelu, sous la forme de pommade :

Turbith minéral..........................	1 à 2 gr.
Axonge ou vaseline.........................	40 gr.

est d'un usage beaucoup moins courant actuellement.

Les fumigations de cinabre (*bisulfure de mercure*), que l'on faisait en projetant de la poudre de cinabre sur une pelle chauffée ou sur des charbons ardents dans une boîte fumigatoire, ont été très employées dans le traitement de la phthiriase du corps ; les accidents d'intoxication mercurielle qui peuvent leur succéder et le siège du parasite, qui habite les vêtements et non le tégument, doivent les faire rejeter et remplacer par des moyens de traitement moins dangereux (Besnier).

Molline.

Voir *Savons*, p. 330.

Mousselines.

Outre leur emploi comme moyen d'application des pansements humides, les mousselines sont utilisées en dermatologie comme support des pommades ou onguents et des emplâtres. Nous renvoyons à l'article *Emplâtres* pour cette dernière application qu'on doit à Unna. Quant aux *onguents mousselines* du même auteur, ils consistent simplement dans la substitution de cette étoffe aux classiques compresses de toile pour étendre les pommades qu'on ne peut, en raison de leur trop grande viscosité, étaler directement sur la peau.

Naphthol.

Le naphthol β est seul employé en dermatologie. Il jouit de propriétés antiseptiques, antiparasitaires

et antiprurigineuses ; de plus, il semble agir comme agent substitutif dans certaines dermatoses.

Aussi ses indications, que Kaposi (1) a surtout contribué à faire connaître, sont-elles très nombreuses, Il a été employé avec succès dans la gale, dans la phthiriase du pubis, dans le psoriasis, dans l'ichthyose, dans les eczémas secs et suintants, dans les séborrhées, dans les acnés et d'une façon générale dans toutes les affections sèches ou suintantes réclamant l'usage de préparations antiseptiques faibles.

On le prescrit sous forme de pommade, de liniment, de savon.

Pommades.

β naphthol..........	10 à 15 gr.
Ether sulfurique.....	Q. S. pour dissoudre
Vaseline ou axongé.....	100 gr.

(Contre le psoriasis, où on peut renforcer l'action de cette pommade par l'addition de 1 0/0 d'acide salicylique.)

β naphthol......................	5 à 10 gr.
Ether sulfurique.............. ..	Q. S. pour dissoudre
Vaseline ou axonge..............	100 gr.

(Pour le traitement de la gale, en onctions répétées chaque jour chez les sujets qui ne peuvent supporter la cure rapide de la gale — sujets à peau irritable, femmes enceintes, etc. — ; pour le traitement de la phthiriase du pubis, et dans les affections prurigineuses sans excoriation.)

β naphthol..........................	15 gr.
Craie blanche pulvérisée................	10 —
Savon vert.....................	50 —
Axonge..............................	100 —

(1) *Wiener medicinische Wochenschrift,* 1881 et 1882.

(Pour le traitement rapide de la gale, une seule friction énergique avec cette pommade, suivie de saupoudrage à l'amidon suffit à guérir la gale (Kaposi); la pommade doit être conservée jusqu'au lendemain.

β naphthol	3 à 5 gr.
Oxyde de zinc	10 à 20 gr.
Vaseline	40 gr.

(Dans les eczémas secs et suintants, prurigineux, dans les acnés irritables.)

β naphthol	5 gr.
Soufre précipité	10 à 15 gr.
Vaseline	ãa 25 gr.
Lanoline	

(Dans les acnés peu irritables.)

Liniments :

β naphthol	10 gr.
Huile d'amandes douces	100 —

(Dans la phthiriase du pubis.)

β naphthol	4 gr.
Teinture de cantharides	5 à 10 gr.
Alcoolat de romarin	20 gr.
Alcool camphré	40 —
Glycérine	25 —

(Pour frictions excitantes dans la pelade et les séborrhées non irritables.)

Savons à 5 et à 10 0/0 pour lavages dans la pelade, les séborrhées du cuir chevelu ou des parties glabres du tégument.

Savon au naphthol et au soufre dans les mêmes affections.

Naphthol camphré.

Cette préparation, qui a l'avantage d'être liquide,

quoique ces deux composants soient des corps solides, se formule de la façon suivante :

β naphthol	1 partie
Camphre pulvérisé	2 parties

Pulvérisez dans un mortier légèrement chauffé jusqu'à liquéfaction.

Le mélange a une couleur rouge brunâtre, est onctueux et peut être employé en badigeonnages dans les furoncles, l'ecthyma, les ulcérations tuberculeuses de la peau, les ulcères torpides; les badigeonnages doivent être répétés plusieurs fois par jour et la partie malade recouverte d'une couche d'ouate ou d'un linge aseptique.

Le naphthol camphré est un antiseptique puissant, non irritant à l'état pur.

On l'emploie parfois en pommades à 4 ou 5 0/0 ; mais, sous cette forme, il nous a souvent paru irritant.

Oléates.

Les composés de l'acide oléique avec les bases ont été employés en thérapeutique par les médecins américains, qui leur trouvent pour avantage une pénétration facile dans les glandes cutanées.

L'oléate de mercure, sorte de pommade de coloration jaunâtre, de consistance adhésive, a été préconisé additionné d'axonge, comme succédané du précipité rouge et du calomel, dans les affections parasitaires.

L'oléate de zinc, poudre blanche, sèche, impalpable, analogue à du savon en poudre, a été recommandé dans les eczémas humides, les intertrigos, etc., sous forme de pommades ou de poudre.

L'oléate de plomb, de consistance savonneuse, de couleur blanc jaunâtre, a été proposé en pommades pour remplacer les différentes pommades plombiques, surtout dans les eczémas.

L'oléate de bismuth, de consistance de pommade, de couleur gris perle, a été employé comme calmant dans les érythèmes.

L'oléate de cuivre, solide ou granuleux, de couleur vert sombre, mélangé à la vaseline, forme une pommade astringente qui a été employée comme agent antiparasitaire dans la phthiriase et dans les trichophyties.

L'oléate de quinine, de consistance emplastique et de couleur brune, a été employé en lotions dans les alopécies et la séborrhée du cuir chevelu.

M. Besnier, après avoir expérimenté ces diverses substances, en a complètement abandonné l'emploi.

Le sulfoléate de soude (l'acide sulfoléique est le résultat de l'action de l'acide sulfurique sur les graisses), substance de consistance crémeuse, miscible à l'eau, a été employé par G.-H. Fox (1) en pommades, en solutions et en emplâtres dans diverses dermatoses. Nous n'avons aucune expérience de cette substance.

Onguents.

Les onguents sont des topiques renfermant à la fois des corps gras et des matières résineuses; ils occupaient une large place dans les anciennes pharmacopées, mais sont peu usités actuellement.

Les seuls onguents employés actuellement en der-

(1) *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, 1890, p. 169.

matologie sont, outre l'onguent vésicatoire, l'onguent styrax et l'onguent de plomb de Hebra.

L'*onguent styrax*, composé de

Styrax liquide	50 gr.
Huile d'olive	75 —
Colophane	90 —
Résine élémi	} ãa 50 gr,
Cire jaune	

est employé pour le pansement des ulcères rebelles dans certains eczémas rebelles.

L'*onguent de plomb de Hebra* composé de

Huile d'olive pure	240 gr,
Litharge	60 —
Huile de lavande	4 —

est employé par les médecins viennois dans le traitement d'un grand nombre de dermatoses (eczémas, etc.); il est peu usité en France.

Pâtes.

Les pâtes employées en dermatologie sont des préparations à base de corps gras, ayant une consistance plus ferme que les pommades.

Elles doivent dans bon nombre de cas, surtout dans les dermatoses inflammatoires à leur période d'état et de déclin et dans les dermatoses étendues, être préférées aux pommades.

Leur consistance les rend plus adhérentes que celles-ci et leur emploi est plus propre.

Elles sont appliquées, après lavage et assèchement, en couche mince, et étendues avec une pression suffisante pour égaliser la couche. Les applications sont renouvelées suivant les indications

particulières à chaque cas, mais au moins toutes les 24 heures.

Les pâtes sont ordinairement préparées avec l'oxyde de zinc. Le kaolin, mélangé à parties égales de vaseline et glycérine, forme également une bonne pâte (Unna).

Unna a encore préconisé des pâtes siccatives à base de litharge et de dextrine, qui ont été peu employées en France.

La pâte de Lassar est une des plus employées :

Acide salicylique	2 gr.
Oxyde de zinc	ãa 25 gr.
Poudre d'amidon	
Vaseline liquéfiée par une chaleur modérée.	50 gr.

(Dans les eczémas secs ou modérément suintants et dans les dermatoses inflammatoires à leur période de déclin.)

Elle peut être modifiée de la façon suivante :

Acide salicylique	2 gr.
Oxyde de zinc	ãa 20 gr.
Amidon	
Lanoline	ãa 30 gr.
Vaseline	

M. Besnier emploie très fréquemment une pâte composée de :

Oxyde de zinc	ãa 50 gr.
Vaseline	

à laquelle il ajoute 2 grammes d'acide phénique ou de menthol dans les affections prurigineuses (urticaire, strophulus, prurits divers).

On peut encore additionner cette pâte de 1 à 5 grammes de résorcine, de 5 à 10 grammes de soufre, dans les eczémas à leur période de déclin.

Pétrole.

Le pétrole a été préconisé comme agent antiparasitaire dans le traitement de la gale et de la phthiriase du cuir chevelu.

La facilité avec laquelle il s'enflamme, même lorsqu'il est mélangé de substances grasses, doivent le faire rejeter.

Kaposi recommande dans la phthiriase le mélange suivant :

Pétrole...........................	100 gr.
Huile d'olive.................	50 —
Baume du Pérou......................	20 —

Phénique (Acide).

L'acide phénique est employé, dans le traitement des dermatoses, à l'intérieur et comme topique.

Comme médicament interne, il est utilisé pour calmer le prurit, dans un grand nombre d'affections : urticaire, prurigo de Hebra, lichens, prurits nerveux, etc.

On le prescrit sous forme de pilules :

Acide phénique cristallisé................	10 centigr.
Réglisse pulvérisée et gomme arabique P.E.	Q. S.

pour une pilule.

De 4 à 10 pilules semblables, à prendre à la fin des repas.

A l'extérieur, on utilise ses propriétés antiseptiques et antiprurigineuses.

Il peut être employé en solution dans l'eau, dans l'huile qui atténue ses propriétés irritantes ou en pommade.

La solution aqueuse à 1 ou 2 0/0 additionnée de 5 0/0 de glycérine peut être employée en pansements et en enveloppements dans les dermatoses exsudatives, ou suppuratives (eczémas, pemphigus, ecthyma, etc.); nous lui préférons de beaucoup les solutions de phéno-salyl au 500e et au 300e qui sont tout aussi antiseptiques et beaucoup moins irritantes en même temps que beaucoup moins toxiques. Les enveloppements dans les solutions phéniquées doivent être proscrits chez les jeunes enfants, qui sont très facilement intoxiqués par l'acide phénique.

La même solution peut être employée en lotions dans les divers prurits, dans l'urticaire, dans le strophulus, dans les affections prurigineuses provoquées par les divers parasites animaux.

L'huile phéniquée à 2 0/0 est un excellent antiprurigineux, surtout recommandable dans la phthiriase des vêtements.

Pommades et pâtes.

Acide phénique cristallisé	1 gr.
Oxyde de zinc	15 —
Vaseline ou axonge	45 —

ou mieux :

Acide phénique cristallisé	2 gr.
Oxyde de zinc	āā 50 gr.
Vaseline	

(BESNIER)

(Dans les diverses affections prurigineuses, urticaire, strophulus, lichens, prurits parasitaires, etc.)

Phéno-salyl.

M. de Christmas a donné ce nom à un mélange assez complexe d'antiseptiques, formulé de la façon suivante :

Phénol cristallisé........................	90 gr.
Acide lactique..........................	20 —
Acide salicylique......................	10 —
Menthol................................	1 —
Essence d'eucalyptus..................	5 —

Le phéno-salyl est une substance onctueuse, semi-liquide, incolore, soluble dans l'eau et surtout dans l'alcool et la glycérine, d'odeur aromatique assez agréable, doué de propriétés antiseptiques puissantes et supérieures à celle de ses composants.

Le pouvoir antiseptique d'une solution de phéno-salyl à 1 0/0 équivaut à celui d'une solution de sublimé à 1/2000. A pouvoir antiseptique égal, il est moins irritant que ce dernier et surtout que l'acide phénique.

Nous avons employé le phéno-salyl sur une très large échelle, en solutions aqueuses à 1 pour 300 et pour 500 pour enveloppements humides dans les dermatoses suppuratives, suintantes et prurigineuses (ecthyma, eczémas aigus et chroniques, dermites professionnelles, etc.), dans les psoriasis irritables, la dermatite herpétiforme de Duhring, les pemphigus vrais, et nous en avons obtenu des effets très satisfaisants.

Cette substance peut donc être employée en pareil cas comme succédané de l'acide phénique, du sublimé, de l'ichthyol, etc., ou alterner avec ceux-ci lorsqu'ils sont mal supportés ou insuffisants.

Picrique (Acide).

Les propriétés astringentes de l'acide picrique ont été parfois employées en dermatologie, pour combattre les affections inflammatoires de la peau; il aurait aussi l'avantage de faciliter la reproduction

de l'épiderme à la surface des diverses ulcérations cutanées et de rendre l'épiderme déjà formé plus épais et plus résistant.

On l'emploie en poudre ou en solution aqueuse saturée.

Plomb.

Divers composés plombiques entrent, en raison de leurs propriétés résolutives, dans la composition des onguents et des emplâtres. (Voir ces mots.)

Les pommades à base de sels plombiques sont à peu près abandonnées.

Le sous-acétate de plomb liquide (extrait de Saturne) est employé en lotions antiprurigineuses, à la dose de 1 à 3 cuillerées à café par verre d'eau dans les divers prurits et en particulier dans le prurit vulvaire.

Pommades.

On désigne sous le nom de pommades des topiques à base de corps gras, de consistance molle, ne contenant pas de substances résineuses comme les onguents.

Les pommades peuvent être à base d'axonge, de vaseline, de lanoline (voir ces mots) isolées ou associées, plus rarement de glycérolé d'amidon, d'huiles, exceptionnellement de cérat.

Elles se distinguent par leur moindre consistance des pâtes, qui doivent leur être préférées dans nombre de cas.

Il y a, selon nous, avantage à prescrire des pommades de consistance un peu ferme, plutôt que des pommades liquides. Celles-ci tiennent mal sur la

peau, coulent sur les parties déclives et adhèrent aux vêtements qu'elles salissent. Lorsqu'on fait usage, sur les parties couvertes, de pommades peu consistantes, on doit le plus souvent saupoudrer d'amidon ou d'une poudre inerte les surfaces enduites de pommades et *toujours* appliquer un linge de toile fine qui est maintenue par une bande souple ou par la pression des vêtements.

Les pommades ne doivent, sauf contre-indication, être appliquées qu'après lavage des parties malades ; celles-ci doivent, en outre, être asséchées avec les précautions voulues, les corps gras n'adhérant pas aux surfaces humides.

Les pommades doivent surtout leur action aux substances qu'on leur incorpore.

Cependant l'excipient est loin d'être toujours indifférent : l'axonge rance devient irritante, la vaseline et la lanoline ne sont pas toujours supportées par les téguments même lorsqu'elles sont additionnées de substances émollientes ou résolutives. Aussi faut-il tenir compte de ces susceptibilités dans la prescription des pommades.

La lanoline, en raison de son absorption réelle ou supposée, est plus spécialement employée lorsque les substances qui entrent dans la composition de la pommade doivent agir sur les couches profondes du tégument ; la vaseline, qui n'est jamais absorbée, est réservée aux pommades qui doivent agir directement et uniquement sur les couches superficielles.

L'association de la vaseline et de la lanoline en proportions variables suivant la teneur en substance active permet de modifier suivant les besoins la consistance de la pommade.

L'addition d'essence de violettes, de roses, de

mille-fleurs, de teinture de benjoin, etc., permet de donner aux pommades une odeur qui convienne au malade : c'est là un point qui ne doit pas être négligé avec certains sujets, surtout lorsque la pommade doit être appliquée sur les parties découvertes et qu'elle renferme des substances pourvues d'une certaine odeur.

Pour les pommades à appliquer sur la face, Brooke (1) conseille l'addition d'une matière colorante (rouge d'Arménie et ambre naturel) non irritante en proportions convenables pour imiter le teint du sujet.

Poudres.

Les poudres sont surtout utilisées en dermatologie comme absorbants et comme isolants; elles peuvent aussi servir à modifier l'état des lésions sur lesquelles on les applique.

Les poudres usitées sont nombreuses.

Les unes sont des POUDRES INERTES, d'origine végétale ou minérale. Aux premières (amidon, lycopode, arrow-root, etc.) on doit presque toujours préférer les secondes (talc, oxyde de zinc, sous-nitrate et carbonate de bismuth, craie, kaolin, carbonate de magnésie, etc.), qui ont l'avantage de ne pas fermenter sous l'influence des sécrétions cutanées. Les poudres à base de sels plombiques doivent être rejetées, en raison des phénomènes d'intoxication dont elles peuvent être la cause.

L'oxyde de zinc, le carbonate de magnésie donnent des poudres douces, très absorbantes, le talc est

(1) *British Journal of Dermatology*, 1890, p. 186.

moins doux et ne doit être employé chez les enfants que mélangé à d'autres poudres. Ces mélanges peuvent être variés à l'infini.

Il est souvent utile d'associer aux poudres inertes et isolantes une faible dose de substances antiseptiques non irritantes, telles que le salol, l'acide salicylique.

Voici des types de poudres isolantes :

Talc	} ãa 20 gr.
Carbonate de magnésie	
Salol	10 —

(Pinard)

(Dans les lésions intertrigineuses et les érythèmes des enfants ; conserver en boîtes de fer-blanc pour empêcher l'hydratation de la magnésie.)

Talc	40 gr.
Oxyde de zinc	60 —
Salicylate de bismuth	5 —

(Dans les intertrigos.)

Talc	} ãa 35 gr.
Oxyde de zinc	
Amidon	
Acide salicylique	1 à 2 gr.

(Dans les hyperhidroses généralisées.)

La poudre d'iris de Florence (5 à 10 grammes 0/0) permet de parfumer ces poudres.

Talc	25 gr.
Oxyde de zinc	60 —
Dermatol ou aristol	10 —

Les poudres astringentes, usitées dans les eczémas intertrigineux avec suintement sont formées par l'addition de tanin aux poudres précédentes.

Tannin	5 gr.
Talc	} ãa 40 gr.
Oxyde de zinc	

La poudre de sabine peut être utilisée contre les verrues et les végétations.

Contre ces affections, l'acide salicylique est également utile :

Acide salicylique	5 à 10 gr.
Talc	$\widetilde{aa}$ 45 gr.
Amidon	

Les POUDRES DESSICCANTES peuvent être utilisées dans les ulcères de diverses natures : ce sont le sous-carbonate de fer, le dermatol, l'aristol, etc.

Pulvérisations.

Les pulvérisations sont fréquemment employées comme moyens émollients, dans les dermatoses inflammatoires et surtout pour faciliter la chute des croûtes ou des reliquats des pansements précédents dans les eczémas suintants, l'impétigo, l'ecthyma, les ulcérations lupiques ou autres.

Elles doivent être faites avec des pulvérisateurs à vapeur d'eau analogues à ceux employés en chirurgie dans les opérations suivant la méthode de Lister (pulvérisateur de Lucas-Championnière) ou avec des appareils de plus petit modèle (fig. 7).

Le liquide employé pour les pulvérisations peut être une solution émolliente (eau de guimauve, etc.), ou mieux une solution légèrement antiseptique (eau boriquée faible, eau phéniquée à 2 0/0, solution de phénosalyl au 500e, etc.).

La partie qui doit être exposée aux pulvérisations est placée à une distance de 15 à 20 centimètres de l'orifice de l'appareil, de façon à recevoir la vapeur tiède et non chaude, les régions avoisinantes étant

protégées par un morceau de taffetas gommé de forme appropriée.

La pulvérisation doit avoir une durée de 10 à 15

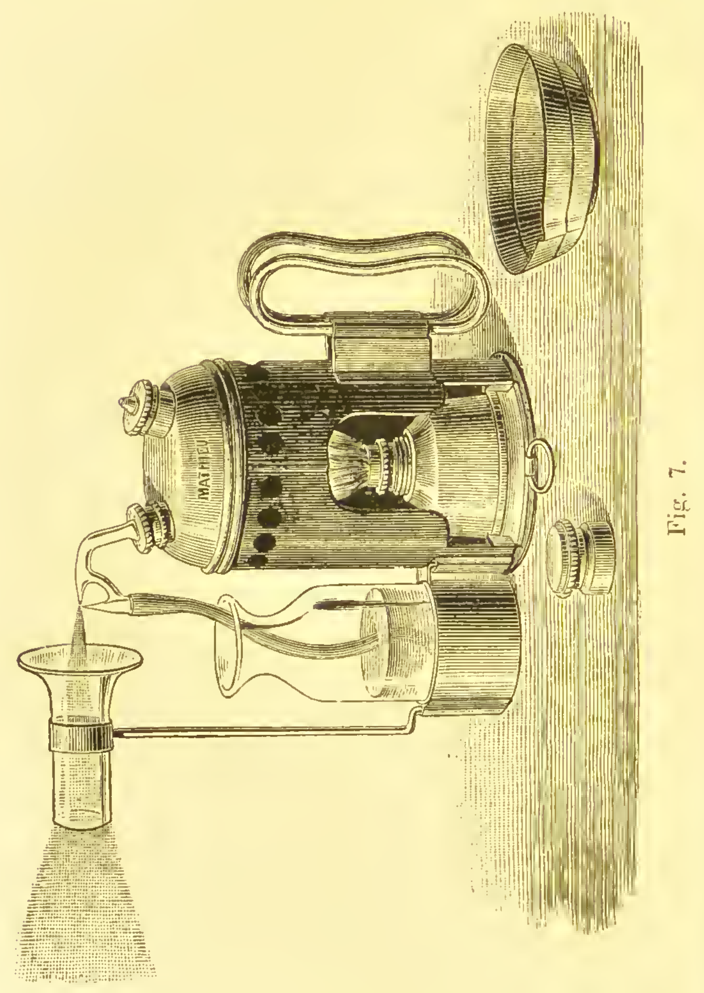


Fig. 7.

minutes; ce temps est suffisant pour ramollir les croûtes, et permettre leur ablation facile; une pulvérisation plus prolongée risquerait de ramollir l'épiderme.

Après avoir essuyé doucement la région soumise aux pulvérisations, au moyen de linges fins ou de tampons d'ouate hydrophile, on applique de suite les topiques convenables, sans laisser à la peau le temps de se dessécher. Cette dernière prescription est surtout indispensable dans les dermatoses suintantes.

Pyoktanines.

On donne le nom de pyoktanines, en raison de leur action sur les microbes pyogènes, à deux matières colorantes dérivées de la houille, le bleu de méthylène, ou pyoktanine bleue, et l'auramine, ou pyoktanine jaune.

La pyoktanine bleue est soluble également dans l'alcool et dans l'eau.

La pyoktanine jaune est soluble également dans l'alcool et dans l'eau.

La solution de bleu de méthylène a été employée pour le pansement des ulcérations de diverse nature. Elle donne quelques résultats favorables dans le lupus.

M. A. Darier l'a appliquée au traitement de l'épithélioma cutané et a obtenu des effets très utiles dans des épithéliomas inopérables. Après cautérisation à l'acide chromique, il fait badigeonner les surfaces malades avec la solution suivante :

Bleu de méthylène		1 gr.
Alcool	} ãa	5 —
Glycérine		

Nous avons également constaté dans quelques cas la cicatrisation facile des lésions épithéliomateuses sous l'influence des cautérisations ignées et des ba-

digeonnages avec une solution de bleu de méthylène à 5 0/0. Nous ne saurions cependant encore assurer que ce traitement prévienne les récidives.

L'inconvénient majeur des solutions de pyoktanine est la coloration qu'elles donnent aux tissus et l'enduit opaque qu'elles forment à la surface des ulcérations, empêchant de juger de leur état réel.

Pyrogallique (Acide).

L'acide pyrogallique, ou pyrogallol, est un triphénol obtenu par la distillation sèche de l'acide gallique.

Il se présente sous l'aspect de cristaux incolores, brillants, inodores, très solubles dans l'eau, l'alcool et l'éther; il ne présente pas la réaction acide.

C'est un agent de réduction très énergique en raison de son avidité pour l'oxygène; ses propriétés antiseptiques sont contestables.

L'acide pyrogallique est très toxique; son absorption, à la suite d'applications de préparations fortes sur une grande étendue du tégument, peut provoquer des frissons, des vomissements incoercibles, de la diarrhée sanguinolente avec ténesme, de l'hémoglobinurie, des vertiges, du collapsus avec accélération du pouls et de la respiration.

Ces accidents, qui peuvent être prévenus par l'usage interne des acides (Unna), sont précédés de modifications dans la coloration des urines : celles-ci deviennent foncées, brunâtres avec un reflet verdâtre; d'où le précepte, posé par M. Besnier, de surveiller la sécrétion urinaire chez tous les sujets qui font usage de préparations pyrogalliques. Les inhalations répétées d'oxygène, les injections d'éther et de

caféine et la révulsion cutanée énergique peuvent servir à combattre l'intoxication par l'acide pyrogallique, lorsqu'elle s'est produite.

L'acide pyrogallique colore le tégument en noir, surtout dans les points où l'épiderme est épais; cette coloration s'accuse encore sous l'influence des alcalins, d'où la nécessité d'interdire l'usage du savon sur les parties découvertes soumises aux applications pyrogalliques.

Les énergiques propriétés réductrices de l'acide pyrogallique l'ont fait employer dans le traitement du psoriasis, où il prend place, au point de vue de l'efficacité, immédiatement après l'acide chrysophanique, mais où, en raison de l'étendue des surfaces malades, il exige une surveillance assidue. On l'emploie encore dans le pityriasis rubra pilaire, dans les eczémas secs rebelles, dans le lupus érythémateux.

Il peut être prescrit sous forme de solution alcoolique, de pommades, d'emplâtre, de collodion.

Solution.

Acide pyrogallique........................	5 gr.
Alcool rectifié...........................	50 —

(En badigeonnages sur les placards de lupus érythémateux; après évaporation de l'alcool, recouvrir de traumaticine ou de colle la couche d'acide pyrogallique. Ces applications sont très douloureuses.)

Pommades.

Acide pyrogallique..................	5 à 10 gr.
Vaseline............................	100 gr.

ou mieux :

Acide pyrogallique..................	5 à 10 gr.
Acide salicylique...................	1 à 2 —
Vaseline............................	100 gr.

(Brocq)

(Dans le psoriasis.)

Avoir soin de ne pas appliquer simultanément cette pommade sur toute l'étendue du tégument, et surveiller de très près les urines. S'il survient une irritation vive de la peau, recourir aux onctions grasses simples.

Acide pyrogallique..................	1 à 3 gr.
Oxyde de zinc........................	15 gr.
Vaseline.............................	50 —

(Dans les eczémas secs persistants.)

Emplâtre à l'acide pyrogallique.

Il ne peut être préparé à l'aide de l'emplâtre simple, excipient le plus ordinaire des emplâtres composés : car l'acide pyrogallique décompose le savon plombique de cet emplâtre, et la masse devient immédiatement noir foncé.

On prend pour excipient la lanoline caoutchoutée suivant la formule suivante :

Gomme ammoniaque..................	20 gr.
Cire jaune........................	ãa 50 gr.
Lanoline caoutchoutée.............	
Colophane.........................	20 gr.
Térébenthine de Venise............	50 —
Acide pyrogallique................	120 —

(Dans le lupus érythémateux, le lupus vulgaire, le lichen corné.)

Les emplâtres à l'acide pyrogallique sont très irritants et ne doivent, à notre avis, jamais être appliqués à la face, où ils laissent des cicatrices très difformes.

Collodion.

Acide pyrogallique..................	15 gr.
Collodion élastique.................	50 —

(Dans le lupus érythémateux, le lichen corné. Pré-

paration très irritante, dont l'emploi demande une grande prudence, et que nous conseillons de n'employer que dans des cas tout à fait exceptionnels.)

Pyrozone.

On a donné le nom de pyrozone à un mélange à parties égales d'eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène) et d'éther sulfurique, qui est employé pour décolorer les taches pigmentaires d'origine congénitale ou acquise (chloasma, vitiligo, etc.). Cette préparation est très infidèle. Elle a, du moins, l'avantage de ne pas exagérer des lésions pour lesquelles le médecin est souvent consulté et contre lesquelles les divers traitements internes ou externes ont peu de prise.

Raclage.

Le raclage peut servir à enlever les croûtes qui recouvrent les diverses ulcérations. Le plus souvent, il est destiné à extirper des lésions que les moyens médicaux sont incapables de guérir.

L'exérèse par les curettes est d'un emploi courant en dermatologie, dans le traitement des tuberculoses et des divers néoplasmes cutanés.

Instruments. — Le type des instruments servant à cette opération est la curette à bords tranchants de Volkmann (fig. 8), dont la cuiller peut être située sur le prolongement du manche ou coudée à angle droit sur celui-ci. Les modèles de petite dimension, portant des cuillers ne dépassant pas 1 centimètre à 1 centimètre et demi de longueur, sont seuls usités dans les opérations dermatologiques. Pour la plupart des opérations, il est préférable de se servir de

curettes mesurant 5 à 8 millimètres de longueur; pour quelques-unes même, lorsqu'il s'agit d'extirper des néoplasmes très petits, enchâssés dans la peau, tels que des tumeurs de molluscum contagiosum ou des nodules lupiques, on emploie des curettes de 2 à 3 millimètres de diamètre, de forme ronde, qui peuvent coiffer complètement le néoplasme.

On peut encore se servir des curettes ovales allongées et ouvertes vers leur talon de Balmanno Squire (fig. 9) ; l'absence de rebord à l'extrémité inférieure facilite le nettoyage de ces instruments ; mais leur forme même, qui ne permet pas de se servir de leurs bords pour attaquer les lésions, les rend beaucoup moins pratiques que les curettes rondes ou ovales.

M. Besnier a fait construire des curettes perforées à leur partie centrale (fig. 10), ce qui en facilite le nettoyage.

M. Dubreuilh (1) a imaginé, pour l'extirpation des nodules lupiques de petites dimensions profondément enchâssés dans la peau, une petite curette oblongue de 2 millimètres de long sur 1 millimètre de large, montée sur un manche mince taillé à huit pans égaux, à laquelle on peut imprimer un mouvement de rotation qui fait agir la curette à la façon d'un drille; cette curette peut encore être montée sur un manche métallique mince, à cannelures peu profondes, ce qui rend son maniement plus facile.

Vidal avait fait construire une curette en forme d'arc de cercle (fig. 11), tranchante sur ses deux bords, qui sert plutôt à détacher les croûtes superficielles qu'à extirper des lésions profondes.

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 13 septembre 1891, p. 66.

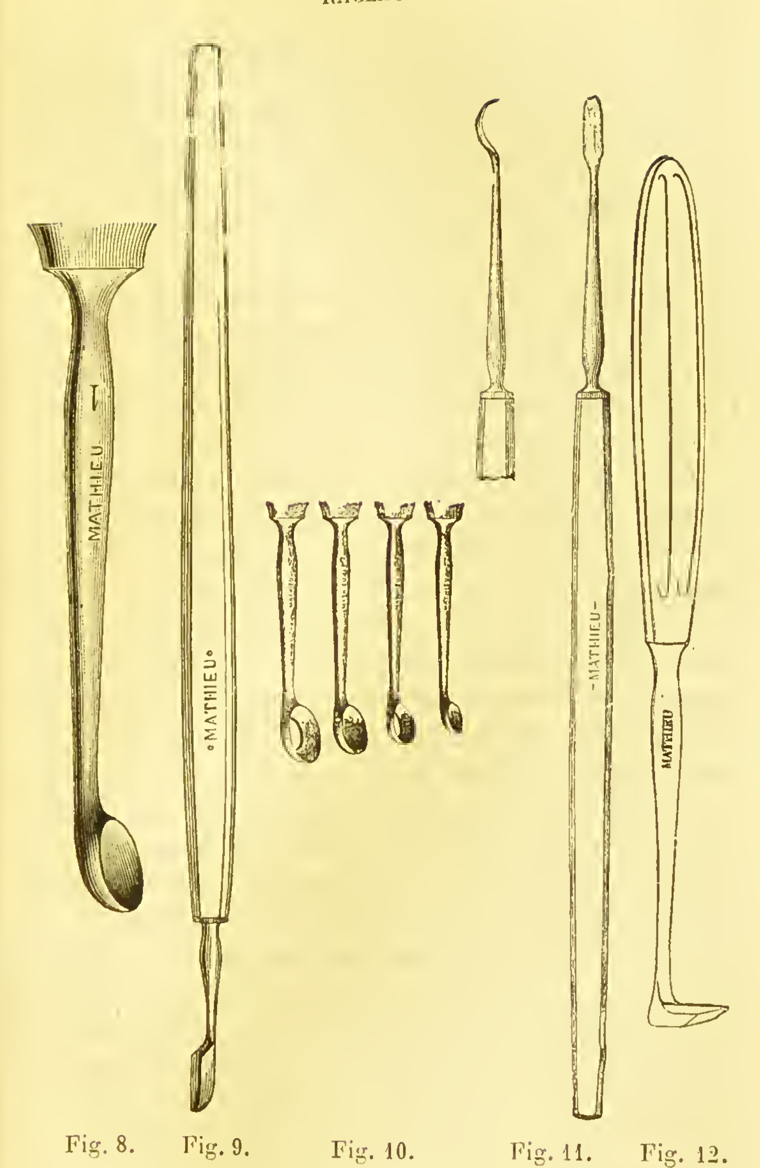


Fig. 8. Fig. 9. Fig. 10. Fig. 11. Fig. 12.

A côté de la curette de Vidal, il faut citer le grattoir de Quinquaud (fig. 12), dont la lame, légèrement con-

cave et peu tranchante, est courbée à angle droit sur le manche; Quinquaud se servait de cet instrument pour enlever les squames qui recouvrent les plaques de trichophytie; nous le croyons peu pratique, et son emploi nous a paru faire saigner facilement les lésions et favoriser les inoculations multiples sur le cuir chevelu.

Manuel opératoire. — L'opération du raclage nécessite des précautions antiseptiques minutieuses, quelle que soit l'étendue des lésions sur lesquelles elle doit porter : lavage au savon, puis avec une solution de sublimé, etc.

On doit se munir, pour la pratiquer, de tampons d'ouate aseptique, sèche, ou mieux mouillée puis exprimée, ou encore passée à l'autoclave et non séchée.

La partie malade doit être entourée de compresses aseptiques humides, pour empêcher l'écoulement de sang sur les parties voisines et surtout pour empêcher la contamination des mains de l'opérateur par leurs téguments non asepsiés.

M. Besnier distingue, comme nous l'avons dit à propos du lupus (Voir T. I, p. 156), deux modes d'application du raclage : la rugination et le curettage.

La *rugination* a pour but d'enlever rapidement de grandes portions de tissus malades. Elle se pratique avec des curettes de un centimètre à un centimètre et demi de diamètre : la curette maniée vigoureusement doit arracher toute l'épaisseur des lésions, en respectant les tissus sains. Après le passage de la curette, on applique des tampons d'ouate hydrophile. sur lesquels on exerce une certaine compression, afin d'arrêter l'hémorrhagie. S'il est nécessaire, on pratique un nouveau grattage des lésions avec

une curette de moindres dimensions, qui permet d'atteindre tous les tissus malades : ce grattage de perfectionnement doit toujours, quelle que soit la nature de la maladie, être fait avec beaucoup de soins, pour empêcher les récidives.

Après la rugination, on cautérise les surfaces cruentées avec une solution de nitrate d'argent ou une solution de chlorure de zinc dans le lupus, avec le fer rouge de préférence dans les épithéliomas, puis on panse aseptiquement (Voir pour plus de détails et pour certains détails du manuel opératoire et des soins consécutifs, le traitement du lupus, T. I, p. 156).

Le *curettage* se fait avec des curettes de petites dimensions, avec lesquelles on attaque successivement tous les éléments des lésions : lorsqu'il s'agit de tissus mous comme le lupus, on pénètre dans leur intérieur, on les dilacère au moyen de mouvements de rotation et on les extirpe en enlevant la curette; s'ils sont situés profondément et poussent des prolongements irréguliers, on peut dilacérer ceux-ci en faisant mouvoir la curette dans différents sens; lorsqu'ils sont recouverts d'une couche résistante d'épiderme, on peut pénétrer celle-ci en se servant d'une curette fine, maniée à la façon d'un drille, comme la curette de M. Dubreuilh. Lorsqu'il s'agit de tissus plus résistants, il est préférable de les contourner avec la curette, de façon à les extraire autant que possible en une fois.

Le curettage peut être pratiqué sans anesthésie, en raison de la faible étendue sur laquelle il porte. Il n'en est pas de même de la rugination, pour peu que les lésions présentent une surface un peu large. L'anesthésie locale par congélation (pulvérisations

d'éther, stypage avec le chlorure de méthyle) peut être employée dans les tuberculoses verruqueuses et les végétations. Dans le lupus elle est inapplicable, les tissus malades ne se distinguant pas des tissus sains par leur relief comme dans les tuberculoses verruqueuses et la congélation faisant disparaître les différences de coloration et de consistance qui permettraient de les différencier; l'anesthésie générale est donc seule praticable et son emploi se justifie par les caractères de l'intervention et par la douleur qu'elle provoque. Dans les épithéliomas, les hémorrhagies consécutives au rétablissement de la circulation contre-indiquent l'anesthésie par congélation; les lésions épithéliomateuses auxquelles convient la rugination sont d'autre part assez limitées pour que la douleur provoquée par elle soit supportable et pour que l'opération ne nécessite que tout à fait exceptionnellement l'anesthésie générale.

Indications. — La rugination est le traitement de choix dans les lupus étendus des membres; elle est peu applicable aux lupus de la face, à cause des cicatrices consécutives. Elle est encore applicable aux tuberculoses verruqueuses, à quelques ulcérations tuberculeuses, aux épithéliomas cutanés et aux végétations, quoique dans ce dernier cas elle nous paraisse de beaucoup inférieure à l'ablation par le bistouri et aux cautérisations.

Le curettage s'applique aux lupus à tubercules disséminés et peu volumineux, dans le traitement desquels il présente rarement des avantages sur la cautérisation ponctuée.

Son indication principale est dans le traitement du molluscum contagiosum.

Résorcine.

La résorcine est un diphénol obtenu en traitant la benzine par l'acide sulfurique. Elle a l'aspect d'une poudre blanche cristalline, devenant légèrement rosée à l'air, et exhalant une très faible odeur de phénol; elle est très soluble dans l'eau, l'alcool, la glycérine et l'éther, insoluble dans le chloroforme.

La résorcine jouit de propriétés antiseptiques et réductrices puissantes; elle est également antiprurigineuse à doses faibles, très irritante à doses élevées.

Elle est, par suite, utile dans un grand nombre de dermatoses, en particulier dans les eczémas chroniques, dans les acnés, dans les séborrhées sèches, etc.

Dans ces diverses affections, elle s'associe très avantageusement à d'autres agents réducteurs ou à des agents résolutifs qui modèrent son action irritante pour les téguments.

Dans les affections chroniques non irritatives, elle a été utilisée à hautes doses pour déterminer une irritation substitutive, voire même une action caustique.

La résorcine s'emploie en pommades, en emplâtres, en solutions aqueuses.

Pommades :

Résorcine..............................	2 à 4 gr.
Vaseline ou axonge..................	40 gr.

(Dans les acnés non irritables, les eczémas lichénoïdes rebelles.)

Résorcine..............................	2 à 4 gr.
Soufre..................................	3 à 6 —
Vaseline ou axonge..................	50 gr.

(Dans les acnés non irritables)

Résorcine	1 à 2 gr.
Oxyde de zinc	15 gr.
Vaseline ou axonge	45 —

(Dans les eczémas aigus, à la période de terminaison de la maladie, lorsque les effets des pommades à l'oxyde de zinc sont insuffisants; dans les acnés irritables, dans les engelures en voie de résolution;)

Résorcine	ãa 1 gr.
Acide salicylique	
Baume du Pérou	
Soufre précipité	5 à 10 gr.
Vaseline	ãa 50 gr.
Lanoline	

(Besnier).

(Dans les séborrhées sèches du cuir chevelu).

Emplâtres contenant 10 0/0 de résorcine additionnée ou non de 10 0/0 créosote.

(Dans les lupus vulgaires torpides, dans le lupus érythémateux, dans les chéloïdes, etc.)

Ces préparations, très employées par quelques dermatologistes, ne nous ont jamais donné, dans les lupus, de résultats favorables qu'au prix de cicatrices très difformes (voir à ce sujet T. I, p. 151), elles provoquent une vive irritation tégumentaire et donnent souvent lieu à des ulcérations profondes.

Solutions de résorcine à 1/2, 1 ou 2 0/0, pour enveloppements humides dans les dermatoses prurigineuses, dans les eczémas aigus ou au début du traitement. Ces applications doivent être surveillées de près, car elles sont souvent irritantes, la résorcine étant moins bien supportée par le tégument en solution aqueuse que mélangée aux graisses.

Rugination.

Voir *Raclage*, p. 318.

Salicylique (Acide).

L'acide salicylique est une poudre blanche, cristalline et légère, peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool et l'éther.

Il jouit de propriétés antiseptiques, mais est surtout employé en dermatologie comme agent de desquamation épidermique, propriété qu'il possède à un plus haut degré que la plupart des autres substances.

Aussi est-il utilisé dans les diverses affections squameuses, et dans les cas où il est nécessaire de faire tomber la couche épidermique pour faciliter l'action d'autres substances médicamenteuses. Il est également employé dans les hyperhidroses.

L'acide salicylique se prescrit sous forme de poudres, de pommades, de collodions et d'emplâtres.

Poudres.

Acide salicylique	1 gr.
Amidon	} ãa 25 gr.
Talc	

(Dans les hyperhidroses généralisées; comme poudre inerte, pour protéger les plis cutanés adossés, etc.)

Acide salicylique	2 à 5 gr.
Talc	50 gr.

(Dans les hyperhidroses palmaires et plantaires, avec ou sans fétidité, dans les kératodermies des extrémités.)

Pommades et pâtes.

Acide salicylique	2 à 5 gr.
Vaseline	} ãa 10 gr.
Lanoline	

(Dans les verrues multiples de petites dimensions,

dans les kératodermies des extrémités, dans les eczémas squameux avec infiltration des téguments.)

Acide salicylique ...	1 gr.
Oxyde de zinc ...	} ãa 50 gr.
Vaseline ...	

(Besnier.)

ou

Acide salicylique ...	2 gr.
Amidon ...	} ãa 25 gr.
Oxyde de zinc ...	
Vaseline ...	50 gr.

ou

Acide salicylique ...	1 gr.
Amidon ...	} ãa 15 gr.
Oxyde de zinc ...	
Vaseline ...	} ãa 25 gr.
Lanoline ...	

(Lassar) (1).

(Dans les eczémas avec desquamation modérée et dans les dermatoses inflammatoires à leur période de déclin).

Acide salicylique ...	} ãa 1 gr.
Résorcine ...	
Baume du Pérou ...	
Soufre précipité ...	5 à 10 gr.
Vaseline et axonge ...	ãa 50 gr.

(Besnier)

(Dans les séborrhées sèches).

L'addition de 1 à 3 grammes 0/0 d'acide salicylique facilite l'action des diverses préparations employées contre le psoriasis (Brocq).

Collodion.

Acide salicylique ...	1 à 2 gr.
Collodion élastique à l'acétone ...	10 gr.

(Dans les verrues et les diverses productions épi-

(1) *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1883, n° 4.

dermiques de petites dimensions; son emploi est souvent douloureux.)

Emplâtres renfermant 8 à 10 0/0 d'acide salicylique. (Dans les verrues, les cors, les durillons. On les découpe en petites rondelles qui doivent recouvrir actuellement la partie malade sans déborder sur les surfaces voisines.)

Emplâtre renfermant de 0, 50 à 1 0/0 d'acide salicylique pour décaper les placards d'eczéma sec et de lichen corné.

Emplâtre renfermant 10 0/0 d'acide salicylique, 10 0/0 de résorcine, dans les néoplasies fibreuses, chéloïdes, etc., dans les lupus vulgaires torpides, dans le lupus érythémateux, — préparations très irritantes qui ne doivent être employées qu'avec grandes précautions, surtout dans le lupus. (Voir T. I, p. 151.)

Salol.

Le salol est une combinaison d'acide salicylique et de phénol, se présentant sous la forme d'une poudre blanche, cristalline, d'odeur aromatique rappelant celle de la rose, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et les huiles.

Les propriétés antiseptiques du salol en font un topique très utile contre diverses ulcérations cutanées; il forme une croûte sous laquelle la cicatrisation se fait aseptiquement, mais avec une certaine lenteur.

Le salol est surtout employé à l'état pur pour saupoudrer les ulcérations, ou mélangé aux poudres inertes destinées à protéger les surfaces d'adossement des téguments, principalement chez les enfants.

Sa solution alcoolique peut servir à l'antisepsie du tégument non dénudé.

Le salol ne doit jamais être employé en pommades, en raison de sa décomposition sous l'influence des corps gras : le phénol mis en liberté provoque alors des éruptions érythémato-vésiculeuses qui peuvent se généraliser. Ces accidents se produisent parfois à la suite de son emploi en poudre et doivent en faire suspendre immédiatement l'usage.

Savons.

Les savons jouent un grand rôle dans le traitement des maladies de la peau et dans l'hygiène du tégument.

Ils peuvent être à base de potasse (savons mous) ou à base de soude (savons durs).

Les SAVONS MOUS sont surtout utilisés en raison de leurs propriétés irritantes, pour obtenir la desquamation épidermique, dans le psoriasis, dans le lupus érythémateux, dans les verrues, les nævi verruqueux, dans les kératodermies; pour mettre à nu les parasites dans la gale; pour produire une irritation substitutive dans les acnés, les séborrhées.

Ils s'emploient en nature sous forme de frictions, ou d'emplâtres, ou mélangés à d'autres substances irritantes, ou en solution alcoolique.

Le savon mou de potasse (savon noir du commerce, contenant un excès d'alcali, la plus grande partie à l'état de carbonate) est le plus employé en France; plus rarement on se sert du savon vert.

Le savon vert français est un savon mou de potasse contenant, comme le savon noir français, un excès d'alcali libre, mais coloré en vert par du sul-

fate d'indigo. Le savon vert allemand est un savon de potasse gélatiné qui a une odeur se rapprochant de celle de l'huile de poisson.

Les *frictions* au savon noir sont faites comme préliminaire du traitement de la gale.

Elles sont très utiles dans le traitement des acnés pustuleuses : la friction est faite au moyen d'eau chaude et de savon, la mousse de savon ainsi produite est laissée en place pendant un temps variable de 1/2 heure à 5 ou 6 heures suivant l'irritabilité du tégument, puis enlevée au moyen d'eau chaude, et la peau est poudrée à l'amidon. Ce procédé de traitement, véritablement héroïque dans des cas rebelles, est très irritant et doit être surveillé de très près sous peine de voir survenir une inflammation intense. Les frictions ne doivent pas être répétées plus de trois ou quatre jours de suite, et doivent être suivies d'applications émollientes ou résolutives.

Les frictions de savon noir sont encore applicables aux lupus érythémateux non irritables, aux placards de lichen corné, d'eczéma corné, aux kératodermies.

Les *emplâtres* de savon noir se préparent en étendant sur des pièces de linge ou de flanelle de la dimension exacte des parties à recouvrir une couche de savon de 1 millimètre d'environ d'épaisseur ; ils sont appliqués et maintenus en place au moyen d'un bandage approprié, enlevés au bout de quatre à six heures suivant l'irritation produite, puis la partie malade est lavée à l'eau chaude et poudrée à l'amidon. Ce traitement, également très irritant, est applicable aux lupus érythémateux non irritables, aux placards de lichen corné, aux kératodermies, aux verrues.

Les *savons mous médicinaux* sont préparés par addition de soufre, d'huile de cade, au savon noir du commerce.

Savon noir	}	$\tilde{\text{aa}}$ 50 gr.
Soufre précipité	}	

(Besnier.)

Savon noir	}	
Soufre précipité	}	$\tilde{\text{aa}}$ 30 gr.
Huile de cade	}	

(Lailler.)

(Dans les acnés pustuleuses et dans le psoriasis, à appliquer comme le savon noir pur.)

Ces préparations très irritantes ne doivent être employées qu'avec les plus grandes précautions, et il est préférable de leur ajouter un tiers de vaseline ou de lanoline.

Savon noir	50 gr.
Pierre ponce finement pulvérisée	30 à 50 gr.

(Excellente préparation pour décaper rapidement des surfaces recouvertes de squames épaisses telles que les placards épais de psoriasis, les formes graves d'ichthyose, etc.).

Alcoolés de savon.

Savon vert	100 gr.
Alcool rectifié	50 —

F. digérer et filtrez.

Cette préparation, désignée sous le nom d'*esprit de savon de potasse de Hebra*, est très employée à Vienne dans le traitement d'un grand nombre de dermatoses (eczémas rebelles, acnés, lupus érythémateux); elle est à peu près inusitée en France.

Savon noir......................	15 à 30 gr.
Alcool rectifié......................	25 gr.
Eau distillée......................	45 —
Alcoolat de romarin......................	15 —

(Dans les acnés pustuleuses.)

Les SAVONS DURS (à base de soude) sont plus employés que les savons mous. Ce sont ceux qui servent presque exclusivement à la toilette. En thérapeutique, ils sont également utilisés, soit pour les soins de propreté des parties malades, soit additionnés de différentes substances comme agents principaux du traitement.

Les savons durs doivent être neutres et doux à la peau; la plupart des savons de toilette vendus dans le commerce ne répondent pas exactement à ces qualités, et, surtout pour la toilette du visage, sont très loin d'être inoffensifs; ils produisent, surtout chez les sujets qui en font un usage très répété, un état rugueux du tégument et des excoriations plus ou moins tenaces, qui disparaissent lorsqu'on emploie des préparations de meilleure qualité.

Le grand défaut de la plupart des savons est d'être trop riches en alcali, trop pauvres en matière grasse; chez tous les sujets à peau irritable et dans tous les usages thérapeutiques, il y a avantage à employer les savons avec excès de graisse (savons surgras) qui se préparent actuellement d'une façon courante.

Unna, qui a surtout contribué à généraliser ces idées, recommande spécialement la formule suivante de savon, à laquelle il donne le nom de savon fondamental avec excès de graisse (1) :

(1) *Sammlung klinischer Vortraege*, 1885.

Graisse de bœuf très pure..............	59,35	gr.
Huile d'olives..........................	7,4	—
Lessive de soude à 38° Beaumé..... ..	22,2	—
Lessive de potasse......................	11,1	—

La *molline* (1) n'est autre qu'un savon de potasse et de soude pâteux, surgras; elle se compose de 100 parties de graisse (graisse péri-rénale très pure fraîchement fondue et huile de coco très pure), 40 parties de lessive de potasse mélangée à une petite quantité de lessive de soude et 30 parties de glycérine.

Les savons types précédents se prêtent à l'addition de substances jouissant de propriétés thérapeutiques :

Ichthyol dans les acnés, les eczémas secs;

Soufre dans les dermatophyties, l'eczéma séborrhéique;

Borax dans les mêmes affections;

Pierre ponce pulvérisée dans le psoriasis, le pityriasis versicolore;

Acide salicylique dans les dermatophyties, les séborrhées;

Ecorce de Panama dans les affections du cuir chevelu;

Naphthol dans les affections du cuir chevelu.

Scarifications.

On donne le nom de scarifications à des incisions du tégument répétées en grand nombre au voisinage les unes des autres.

Volkmann, qui a introduit leur emploi dans la thérapeutique cutanée, se servait d'aiguilles à cataracte, avec lesquelles il ponctionnait en différents sens les

(1) Kirsten. *Monatsh f. prakt. Dermat.* 1886, p. 338.

tissus morbides : c'est là la scarification ponctuée, encore employée quelquefois pour la discision des tubercules lupiques.

Le procédé à peu près seul en usage à l'heure actuelle est le procédé de Balmanno Squire, ou scarifications linéaires, consistant en incisions étendues et parallèles.

Indications. — Ce procédé, introduit en France et perfectionné par E. Vidal et par M. Besnier, est employé dans le traitement d'un certain nombre d'affections cutanées.

Il a pour but de sectionner les vaisseaux des régions malades : le processus cicatriciel, produit leur rétrécissement, diminue l'afflux du sang, ce qui influence favorablement certaines affections à caractère congestif ou inflammatoire chronique et surtout les lésions primitivement et uniquement vasculaires ; de plus, et c'est là l'effet qu'on lui demande dans certaines affections chroniques comme le lupus, il modifie la nutrition des tissus morbides par l'anémie consécutive. Le dégorgement des vaisseaux, la saignée locale, jouent aussi un rôle utile dans certaines lésions congestives, tandis qu'ils doivent être réduits au minimum dans la plupart des autres affections qu'on traite par ce moyen.

Les cicatrices vicieuses peuvent être améliorées par les scarifications dans des proportions véritablement étonnantes ; elles semblent agir dansces cas en libérant des adhérences et en permettant le déplacement des couches épidermiques, tout en modifiant, par la section des vaisseaux, la nutrition du tissu inodulaire sous-jacent.

Les scarifications linéaires, ont d'abord été appliquées au traitement du lupus vulgaire : nous avons

exposé assez longuement, à propos de cette affection, leurs avantages et leurs inconvénients, leurs indications et leurs contre-indications pour n'avoir pas à y revenir ici. (Voir T. I, p. 164.)

Elles sont encore utilisées dans le lupus érythémateux, dans les acnés inflammatoires, dans les télangiectasies acquises, dans quelques variétés de nævi vasculaires.

Vidal, qui les avait expérimentées dans un grand nombre de dermatoses, en a obtenu de bons résultats dans quelques eczémas rebelles, dans la chéloïde.

Nous renvoyons à l'étude de ces diverses affections pour l'exposé de leurs indications précises et de quelques détails de technique opératoire applicables plus spécialement à certains cas.

Nous n'exposerons ici que les règles générales de la pratique des scarifications, règles minutieuses, dont le médecin ne doit jamais se départir lorsqu'il veut les mettre en usage.

Instrumentation. — B. Squire employait pour les scarifications un appareil (fig. 13) composé de 16 lames

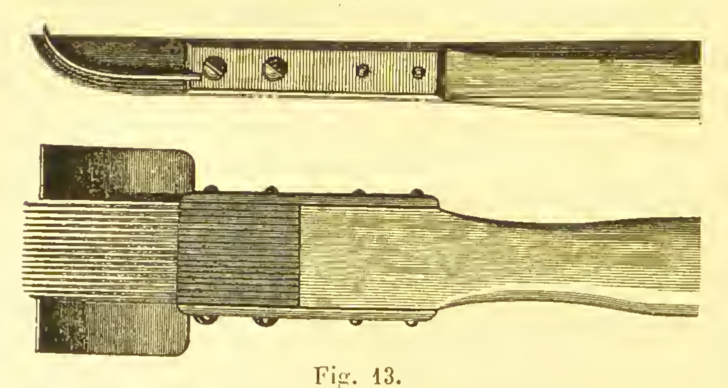


Fig. 13.

parallèles qui n'a pas tardé à être abandonné et qui doit être rejeté en raison de la difficulté que pré-

sentent son entretien et le maintien de sa propreté et de son asepsie. On a proposé pour le remplacer toute la série des scarificateurs employés en oculistique. Le plus pratique de tous les instruments préconisés est l'aiguille à scarifier de Vidal (fig. 14.), constituée par une lame de 25 millimètres de long sur 2 de large, terminée par une pointe triangulaire de 2 millimètres de longueur; la lame, tranchante sur les deux côtés jusqu'à l'extrémité de la pointe, est fixée sur un manche métallique aussi léger que possible.

L'instrument doit être maintenu en parfait état



Fig. 14.

de propreté, ses bords doivent être absolument réguliers et leur tranchant parfaitement coupant. Il sera rendu aseptique, soit par le passage à l'étuve, soit par immersion dans une solution phéniquée forte ou dans une solution d'oxycyanure de mercure à 1/200. On devra avoir à portée de la main une quantité suffisante de tampons d'ouate hydrophile sèche. Il sera bon d'avoir, en outre, d'autres tampons d'ouate hydrophile trempés dans un liquide antiseptique et essorés pour enlever l'excès de liquide, ou mieux encore des tampons passés à l'autoclave : l'ouate légèrement humide laisse sur les surfaces couvertes de sang beaucoup moins de filaments que l'ouate sèche.

Position du malade. — Le malade doit, autant que possible, être couché sur un lit ou sur un canapé résistant, placé bien en face du jour. Quelques derma-

tologistes opèrent le malade assis : cette pratique nous paraît à la fois gênante pour le médecin, qui est beaucoup moins à l'aise, et auquel le patient risque d'échapper s'il n'est pas maintenu par un aide, et pour le malade qui, en outre, pour peu qu'il soit pusillanime, est plus exposé à la syncope ou aux vomissements.

Anesthésie. — Il est très rarement nécessaire de recourir à l'anesthésie : avec un peu d'habileté manuelle, la scarification se fait assez rapidement pour être peu douloureuse. L'anesthésie générale est, comme le professe M. Besnier, inapplicable à une opération qui doit toujours être répétée un plus ou moins grand nombre de fois et exposerait à plusieurs reprises aux accidents de la chloroformisation.

L'anesthésie locale par congélation modifie trop profondément la coloration et la résistance des tissus dans les lupus, où l'opérateur doit diriger son instrument en se guidant à la fois sur la vue et sur les sensations tactiles. Elle n'est guère applicable que dans les chéloïdes et seulement pour les premières opérations, les malades préférant encore subir la douleur provoquée par les scarifications que s'exposer aux sensations autrement pénibles et persistantes qui accompagnent le retour de la sensibilité.

L'anesthésie par la cocaïne, qui nécessite l'introduction du médicament par la voie hypodermique, provoque encore trop souvent des accidents, légers ou graves, pour qu'on doive y avoir recours dans la pratique des scarifications.

Manuel opératoire. — L'opérateur, après avoir procédé à la désinfection de ses mains par les moyens appropriés, désinfecte également le champ opératoire au moyen d'un lavage avec de l'eau savonneuse, puis

avec l'alcool boriqué ou salolé, et finalement avec la liqueur de Van Swieten, en laissant en place un tampon d'ouate imbibé de cette solution jusqu'au moment où il va procéder à la scarification. Ces précautions, trop souvent négligées, sont pour nous de rigueur absolue ; la scarification est une opération chirurgicale, et elle doit être exécutée avec toutes les précautions dont s'entourent les chirurgiens, — cela sous peine de voir survenir des accidents, des complications inflammatoires locales d'ordre microbien, plus fréquentes qu'on ne le pense généralement et qui, pour être souvent légères au point de passer inaperçues ou d'être mises sur le compte de la seule incision des téguments, n'en doivent pas moins être évitées.

La présence d'un aide n'est pas indispensable pour les scarifications ; elle est cependant souvent utile : pendant que l'opérateur scarifie une région, l'aide, qui préalablement aura eu soin de désinfecter ses mains, tend les téguments avec ses doigts, ce qui, en diminuant la congestion vasculaire, permet à l'opérateur, surtout dans le lupus, de discerner plus exactement les lésions souvent noyées dans une surface érythémateuse ; en outre, la tension du tégument diminue dans des proportions très notables l'hémorragie consécutive aux sections de la peau, et, dans certaines régions où la peau est mobile, donne une résistance qui facilite l'acte opératoire.

La région à scarifier étant entourée de morceaux d'ouate hydrophile sèche, destinés à absorber le sang qui s'écoule des incisions et à l'empêcher de souiller la peau et les vêtements du patient, l'opérateur tient l'instrument entre les doigts à la manière d'une plume à écrire, et, par des mouvements qui

se passent exclusivement dans le poignet, le coude et l'avant-bras restant immobiles, exécute sur la surface malade des incisions parallèles les unes aux autres, disposées comme les hachures d'un dessin (E. Besnier). Lorsqu'il a fait une série d'incisions parallèles les unes aux autres, il complète l'opération par une nouvelle série de scarifications croisant les premières à angle aigu, de façon à couvrir la surface malade d'une sorte de quadrillage analogue à celui qui représente les ombres dans un dessin.

En règle générale, on doit commencer les scarifications par les parties les plus déclives, de façon à ne pas être gêné par le sang qui s'écoule des incisions précédentes. Lorsque la surface à scarifier offre une certaine étendue, on procédera par fractions mesurant quelques centimètres carrés de superficie, sur lesquelles on exécutera successivement les deux séries de scarifications quadrillées, puis on recouvrira la partie scarifiée d'un tampon d'ouate hydrophile pendant qu'on scarifiera une nouvelle fraction de cette surface. Si les lésions sont très étendues, il y a avantage à scarifier d'abord leur bordure tout entière, en procédant par fractions de 4 ou 5 centimètres sur lesquelles on exécute des scarifications quadrillées et serrées, puis on attaque la partie centrale où les hachures peuvent être plus espacées que sur la bordure.

Il faut toujours avoir soin de manier le scarificateur perpendiculairement à la surface de la peau, ainsi que l'enseigne M. Besnier; de la sorte, on respecte l'épiderme qui recouvre le sommet des papilles et les vallons interpapillaires, et la cicatrisation des incisions, aidée par l'intégrité de cet

épiderme, se fait sans laisser aucune trace de l'opération.

La profondeur à laquelle les incisions doivent pénétrer varie suivant la nature de la maladie à traiter. Elle doit être suffisante pour atteindre la lésion dans toute son étendue, souvent pour la dépasser. Dans le lupus vulgaire, elle est indiquée par la différence de résistance entre les tissus sains et les tissus morbides. Dans les autres affections, elle est souvent plus difficile à apprécier.

Les scarifications doivent être espacées en moyenne de 1 à 2 millimètres.

Pansement consécutif. — Une fois les scarifications terminées, on enlèvera les tampons d'ouate qui ont été appliqués successivement pendant le cours de l'opération et qui sont imprégnés de sang, on les remplacera par un ou plusieurs tampons d'ouate hydrophile fraîche qui seront maintenus avec la main exerçant une légère compression ; au bout de quelques minutes, l'hémostase étant assurée par ce moyen, on lavera avec précaution toute la surface opérée au moyen de tampons d'ouate imprégnés de liqueur de Van Swieten. Il ne restera plus qu'à faire un pansement.

Toutes les fois qu'il sera possible, le meilleur pansement sera le pansement antiseptique humide, fait avec des compresses ou de l'ouate trempées dans l'eau boriquée, dans une solution de phéno-salyl à 1/500, ou mieux encore, si elle est supportée, dans la liqueur de Van Swieten étendue de moitié ou 2/3 d'eau bouillie ; le pansement sera complété par un morceau de taffetas gommé, plus large que les pièces sous-jacentes, puis par de l'ouate, et maintenu en place par un bandage approprié. En trois ou quatre

jours, moins encore dans les affections n'ayant pas de tendance à l'ulcération (acnés, lupus érythémateux, etc.), la cicatrisation est complète, et on évite tout phénomène inflammatoire et toute complication septique.

Mais, pour des malades non hospitalisés, ce pansement est gênant; ne fût-ce que pour rentrer à leur domicile, ils demandent un appareil moins compliqué, et on est bien obligé de se départir quelque peu des prescriptions précédentes, d'autant que les séances de scarifications doivent être souvent répétées. Les emplâtres rendent alors de grands services : l'emplâtre de Vigo, mince, souple et récemment préparé, lorsqu'il est supporté, et, en cas contraire, l'emplâtre rouge de Vidal, ou mieux l'emplâtre adhésif boriqué, peuvent être appliqués sur les surfaces scarifiées après lavage à la liqueur de Van Swieten et assèchement à l'ouate. Mais, lorsque le sujet est de retour chez lui, il doit appliquer un pansement humide et le conserver pendant la journée de l'opération; les jours suivants, on peut l'autoriser à appliquer de nouveau l'emplâtre pendant le jour; mais, pendant les deux nuits suivantes, il doit revenir au pansement humide antiseptique. Ces règles, un peu différentes de la pratique de la plupart des dermatologistes, sont pour nous absolues et peuvent seules mettre à l'abri, à la condition que les pansements soient bien exécutés, contre les complications inflammatoires et septiques.

La durée et la nature des pansements consécutifs peuvent d'ailleurs être modifiées suivant la nature de l'affection contre laquelle on emploie les scarifications; mais toujours l'antisepsie est de rigueur tant que les incisions ne sont pas cicatrisées.

Intervalle des séances opératoires. — Au début du traitement, les scarifications peuvent être répétées lorsque les incisions sont cicatrisées; en général, et quelle que soit la maladie à traiter, il y a avantage à les répéter tous les six à huit jours; en les espaçant davantage avant que les vaisseaux n'aient subi des modifications accusées, on laisse ceux-ci reprendre leurs dimensions primitives, et le bénéfice du traitement est moins considérable. Ultérieurement, on peut les espacer davantage.

Soufre.

Le soufre est très employé en thérapeutique dermatologique sous forme de soufre précipité, de soufre sublimé, de polysulfures; l'ichthyol (voir ce mot, p. 279) semble agir surtout par le soufre qu'il renferme.

Le soufre précipité et le soufre sublimé (fleur de soufre) sont prescrits à peu près indifféremment; mais on doit donner la préférence au soufre précipité, qui est moins irritant pour le tégument. Ces deux substances jouissent de propriétés parasiticides qui sont utilisées dans le traitement des affections parasitaires et surtout de la gale. L'irritation substitutive qu'elles provoquent les font également employer dans les dermatoses rebelles et en particulier dans les eczémas chroniques, où elles ne doivent jamais être prescrites qu'après la disparition des phénomènes inflammatoires.

Le soufre précipité et le soufre sublimé entrent dans la composition de pommades, de lotions et de savons.

Pommades à base de soufre.

Soufre précipité et lavé	5 à 15 gr.
Vaseline	100 gr.

ou

Soufre précipité et lavé	5 à 15 gr.
Vaseline }	ãa 50 gr.
Lanoline }	

(Dans les eczémas rebelles, dans les acnés, dans la phthiriase des vêtements, dans la trichophytie circinée de la peau glabre, etc.)

Soufre précipité et lavé	10 gr.
Oxyde de zinc	15 —
Acide salicylique	1 —
Vaseline	100 —

(Dans les eczémas chroniques, au début du traitement actif.)

Soufre sublimé et lavé	10 gr.
Carbonate de potasse pur }	
Eau distillée }	ãa 5 gr.
Huile d'amandes douces }	
Axonge	35 gr.

(Pommade d'HELMERICH.)

Soufre sublimé	10 gr.
Sous-carbonate de potasse	5 —
Axonge	60 —

(Pommade d'HELMERICH)
modifiée par HARDY.)

Fleurs de soufre }	ãa 180 gr.
Huile de hêtre ou huile de cade }	
Savon vert }	ãa 500 —
Axonge }	
Craie	120 —

(Pommade de WILKINSON)
modifiée par HEBRA.)

Essence de lavande	ãa 2 gr.
— menthe	
— girofle	
— cannelle	
Gomme adragante	4 —
Carbonate de potasse	30 —
Fleur de soufre	90 —
Glycérine	180 —

(Pommade de BOURGUIGNON.)

Soufre précipité	40 gr.
Carbonate de potasse	10 —
Menthol	0,25 à 1 —
Lanoline	ãa 100 —
Vaseline ou axonge	

(BESNIER.)

Ces diverses pommades sont employées dans le traitement de la gale.

Soufre précipité	5 à 10 gr.
Baume du Pérou	ãa 0,50 à 1 gr.
Résorcine	
Acide salicylique	
Vaseline	ãa 50 gr.
Lanoline	

(BESNIER.)

(Dans les séborrhées du cuir chevelu.)

Lotions soufrées.

Soufre précipité	15 à 25 gr.
Alcool camphré	40 gr.
Eau de roses	ãa 60 gr.
Glycérine	

(Dans les acnés pustuleuse et rosée.)

Chaux vive	500 gr.
Fleur de soufre	250 —
Eau simple	2500 —

(VLEMINCKX.)

(Dans le traitement de la gale.)

Le polysulfure de potassium est employé en lotions dans les acnés :

Polysulfure de potassium liquide.... X à LX gouttes

(Dans un demi-verre d'eau tiède.)

Sparadraps

Sous le nom de sparadraps, on désigne des bandes de tissu de fil, de coton calandré ou non, de soie, ou même des feuilles de papier, dont on enduit une face, et quelquefois les deux, avec une couche de masse emplastique. (Voir *Emplâtres*, p. 248.)

Un sparadrap bien préparé doit être recouvert d'une couche égale de matière qui y adhère convenablement, assez consistante pour que les surfaces mises en contact ne puissent pas s'attacher l'une à l'autre, assez souple cependant pour que le sparadrap puisse être plié en différents sens, sans que la couche emplastique se froisse ou se détache.

Stérésol.

M. Berlioz, de Grenoble (1) a donné ce nom à une préparation assez complexe, qui se formule de la façon suivante :

Gomme laque purifiée entièrement soluble dans l'alcool	270 gr.
Benjoin purifié entièrement soluble dans l'alcool	ãa 10 gr.
Baume de tolu	
Acide phénique cristallisé	
Essence de cannelle de Chine	ãa 6 gr.
Saccharine	
Alcool	Q. S. pour un litre

Mêlez.

Le stérésol s'emploie en badigeonnages ; il laisse à la surface de la peau un vernis souple et adhérent.

(1) *Académie de médecine*, 6 juin 1893.

Il nous semble très douteux qu'il agisse comme antiseptique, et nous ne le considérons que comme un succédané des collodions : il a, comme eux, l'inconvénient de s'enlever assez difficilement.

Le stérésol a été préconisé contre la trichophytie, les eczémas circonscrits, l'impétigo et diverses autres affections cutanées.

Nous conseillons de ne pas l'employer ni dans les dermatoses irritables, où nous l'avons vu provoquer des poussées inflammatoires ou éterniser la durée de la maladie, ni dans les dermatoses suintantes dans lesquelles l'emploi des vernis est, selon nous, toujours contre-indiqué.

Tartrique (Acide).

Est employé comme antiprurigineux.

Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre..	30 à 40 gr.
Acide tartrique..........................	1 gr.

(E. VIDAL.)

(Dans les lichens, les eczémas avec infiltration cutanée, l'urticaire, les divers prurits.)

Teintures pour les cheveux.

Bien que la teinture des cheveux ne rentre pas à proprement parler dans la thérapeutique, le médecin est assez souvent consulté à ce sujet pour que nous croyions devoir signaler ici les préparations qu'on peut employer dans ce but.

Pour teindre les cheveux en noir, le nitrate d'argent est sans contredit la meilleure préparation à employer.

On l'emploie sous forme de solution. Quand on l'emploie seul, la réduction du sel d'argent est pro-

duite par la matière organique du cheveu. Ordinairement, pour rendre la coloration plus rapide, on se sert de deux solutions : l'une contenant un mordant constitué en général par du sulfure de potassium; l'autre contenant le nitrate d'argent en solution plus ou moins concentrée. La substance colorante n'est plus alors de l'argent réduit. mais du sulfure d'argent.

Voici deux des formules les plus usitées :

I. — *Teinture minérale (sans mordant).*

Nitrate d'argent	28 gr.
Eau de roses	550 —

Avant de l'employer, il faut débarrasser les cheveux de toute matière grasse ou pommade qui empêcherait l'adhérence de la teinture. Pour cela, on savonne avec soin les cheveux avec du savon ordinaire ou mieux une solution de soude ou de potasse très étendue. On laisse ensuite sécher les cheveux pendant une heure au moins. On applique alors la teinture avec une petite brosse à soies très courtes. On lave la peau immédiatement après l'application de la teinture avec une solution de sel marin, pour l'empêcher de se colorer en noir. On ne doit pas employer les solutions de cyanure de potassium, qui peuvent produire de graves accidents.

Cette teinture ne prend qu'au bout de plusieurs heures. Il est à peine besoin de dire que l'effet se produit plus rapidement si l'on a soin d'exposer les cheveux à l'air et à la lumière.

II. — *Teinture pour les cheveux avec un mordant.*

1° *Noire.*

Solution argentique	Nitrate d'argent	28 gr.
	Eau distillée de roses	170 —

(en flacons bleus).

Mordant..........	Sulfure de potassium	28 gr.
	Eau distillée.........	170 —

(en flacons blancs).

2° *Brune.*

Solution argentique	Nitrate d'argent......	28 gr.
	Eau de roses........	225 —

(en flacons bleus).

Mordant..........	Sulfure de potassium	28 gr.
	Eau distillée.........	170 —

(en flacons blancs).

Mode d'emploi. — Étendre d'abord le mordant sur les cheveux, et, quand ils sont secs, la solution argentique.

Il faut avoir bien soin que le sulfure soit nouvellement préparé ou au moins bien conservé dans des bouteilles très bien bouchées; autrement, au lieu de noircir les cheveux, il leur donnerait une teinte jaune. Mais, d'autre part, lorsque le sulfure est bon, l'odeur en est très désagréable. Aussi, quoique ce soit la teinture qui prenne le plus vite et le mieux, on a songé à remplacer la solution de sulfure par une solution de noix de galle, mais cette teinture ne vaut pas la précédente.

On peut encore se servir de l'*acide pyrogallique* comme mordant.

On prend :

N° 2	Nitrate d'argent....................	36 gr.
	Sulfate de cuivre....................	2,5 —
	Eau distillée.......................	250 —

On ajoute assez d'ammoniaque pour dissoudre le précipité formé, et on complète le volume d'un litre.

Emploi. — On commence par passer sur les cheveux un mordant composé ainsi qu'il suit :

N° 1	Acide pyrogallique................	3 gr.
	Acide acétique.........	3 —
	Alcool rectifié....................	50 —

Quand les cheveux sont presque secs, on passe la solution n° 2.

Toutes les nuances du brun au noir peuvent être obtenues en faisant varier de 1 à 50 grammes par litre la quantité d'acide pyrogallique.

Condy (de Battersa) a proposé d'employer une solution saturée de *permanganate de potasse*. Comme le nitrate d'argent, ce sel se décompose quand il se trouve en contact avec des substances organiques. Il donne aux cheveux une belle couleur châtain.

On doit absolument rejeter l'emploi des teintures à base de plomb. La plupart des teintures que l'on trouve dans le commerce ont pour base l'acétate de plomb.

Teinture blonde.

La préparation la plus usitée est l'eau oxygénée au 1/4, au 1/8, au 1/20, selon la nuance que l'on désire obtenir.

Son grand inconvénient est de rendre le cheveu cassant.

Pour avoir des *tons* rouges, on emploie exclusivement la poudre de henné mélangée en proportions diverses avec une petite quantité d'indigo.

Térébenthines.

On a parfois préconisé les frictions avec la térébenthine comme moyen de traitement de diverses affections rebelles de la peau et en particulier du psoria-

sis. L'action très irritante de cette substance doit la faire rejeter de la pratique courante.

R. Crocker (1) s'est bien trouvé de son emploi à l'intérieur dans le psoriasis et dans quelques cas d'eczéma.

La térébenthine n'est guère employée aujourd'hui que dans le traitement de la pelade, en lotions excitantes (voir ce mot, p. 289), dans la composition desquelles elle entre, soit en nature, soit sous forme d'alcoolat de Fioravanti.

Thilanine.

Saalfed (2) a désigné sous ce nom une combinaison de soufre (3 0/0) et de lanoline, formant une masse onctueuse de couleur brun jaunâtre.

Il en a obtenu de bons résultats dans les dermatoses superficielles pour remplacer une pommade indifférente, dans les cas où il est nécessaire d'obtenir une action un peu plus énergique : eczémas aigus ou subaigus, généralisés ou circonscrits, et dans le sycosis vulgaire. Cette substance diminuerait le prurit dans un grand nombre de dermatoses. Elle ne serait pas irritante.

D'après Fox (3) elle n'a d'utilité que dans le lupus érythémateux.

Thiol.

Le thiol est une substance analogue à l'ichthyol, obtenue en traitant l'huile de goudron de lignite

(1) *The practitionner*, 1885. T. XXXIV, p. 176.
(2) *Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 575 et 1893, n° 1.
(3) *Journal of Cutaneous and Genito Urinary Diseases*, 1893, p. 80.

par le soufre et l'acide sulfurique. Il se trouve dans le commerce sous deux formes, le thiol sec, masse noire, amorphe, très soluble dans l'eau, et le thiol liquide, solution concentrée de thiol à 40 0/0, rouge brun foncé, sirupeuse.

Le thiol possède les propriétés de l'ichthyol et n'est pas irritant; il a l'avantage d'être inodore.

Cette substance (1), expérimentée par Buzzi, Schwimmer, sous forme de poudre mélangée à l'amidon, en solution aqueuse, en pommade au dixième, leur a donné de bons résultats dans les affections bulleuses, dans les acnés, dans diverses formes d'eczéma, dans la séborrhée, dans les brûlures. Elle n'a pas, à notre connaissance, été l'objet d'études suivies en France et nous ne saurions formuler de conclusions sur sa valeur thérapeutique.

Traumaticines.

Auspitz a donné le nom de traumaticine à une dissolution d'une partie de gutta-percha purifiée dans neuf parties de chloroforme; la traumaticine est employée en badigeonnages pour remplacer les collodions sur lesquels elle a l'avantage de ne pas être irritante.

Le chloroforme, en s'évaporant, laisse sur la peau une couche continue de gutta-percha à laquelle on peut donner l'épaisseur nécessaire en appliquant plusieurs couches successives de traumaticine. Cet enduit est facile à entretenir intact, si on a soin de le

(1) Buzzi. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1889. T. VIII p. 300.
Schwimmer. *Wiener medicinische Wochenschrift*, 26 juillet 1890.
Heinz. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1891, p. 801.

recouvrir d'une nouvelle couche lorsqu'il commence à s'écailler. Il s'enlève facilement au moyen du chloroforme.

On a préconisé, pour le traitement de diverses affections, en particulier du psoriasis et des trichophyties cutanées, du lupus érythémateux, des traumaticines médicamenteuses, renfermant par exemple 10 0/0 d'acide chrysophanique ou d'acide pyrogallique, et s'employant de la même façon que la traumaticine simple.

Cette manière de procéder a l'inconvénient de mélanger, à la surface de la peau, la gutta-percha et la substance active dans des proportions assez variables, et de plus, de faire affleurer à la surface de l'enduit une partie de cette substance qui peut se détacher, causer une irritation vive et salir les linges, ce que précisément l'emploi de la traumaticine est destiné à éviter.

Nous préférons de beaucoup, suivant le procédé de M. Besnier, faire d'abord un badigeonnage avec une solution de la substance active dans le chloroforme (acide pyrogallique ou chrysophanique à 10 0/0) et, après évaporation du chloroforme, recouvrir d'une couche de traumaticine.

La traumaticine peut d'ailleurs être presque toujours remplacée par l'emploi des colles et des gélatines, qui ont l'avantage d'êtreplus souples et d'aspect moins désagréable.

Tuménol.

Cette substance est un mélange d'hydrocarbures avec une trace de soufre, et renfermant deux corps, le tuménol sulfonique (huile de tuménol) et

l'acide tuménol sulfonique (poudre de tuménol), ce dernier soluble dans l'eau.

D'après Neisser (1), le tuménol agit comme siccatif, favorise la cicatrisation des eczémas humides, des érosions, des excoriations superficielles, et calme les divers prurits. Il n'irrite pas la peau et n'est pas toxique.

Cet auteur l'a employé en solution dans l'éther, l'alcool et la glycérine (15 grammes de chaque pour 5 grammes d'huile de tuménol) dans l'eczéma sec (10 à 20 pour 100 d'excipient); en pâte à base de zinc dans les eczémas humides et dans l'impétigo.

Le tuménol n'a pas été employé en France et nous ne saurions dire quels avantages il offre sur les agents similaires.

Turbith minéral.

Voir *Mercure*, p. 294.

Vaseline.

La vaseline ou pétroléine est un mélange d'huiles lourdes et de paraffines de pétrole plus ou moins complètement purifiées; elle est demi-solide, insipide, inodore quand elle est pure, insoluble dans l'eau et la glycérine, peu soluble dans l'alcool, soluble dans l'éther, surtout à chaud. On en trouve dans le commerce de trois couleurs : blanche, blonde et brune. La vaseline blanche doit seule être employée pour les usages dermatologiques.

La vaseline n'est pas absorbée par la peau. Elle doit donc être employée pour la préparation des pom-

(1) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1891, p. 1238.

mades destinées à agir seulement localement sur les couches épidermiques.

Elle présente sur l'axonge l'avantage de ne pas s'altérer. Généralement bien tolérée par le tégument, elle provoque cependant, même lorsqu'elle est très pure, un certain degré d'irritation chez quelques sujets à peau très susceptible.

La vaseline, seule ou associée à l'axonge et à la lanoline, est l'excipient le plus habituellement employé aujourd'hui pour les pommades (voir ce mot, p. 305).

La vaseline boriquée est d'un usage courant comme topique dans les lésions réclamant un antiseptique non irritant et en particulier dans l'impétigo.

Acide borique	5 à 6 gr.
Vaseline	50 gr.

La vaseline iodée est un très bon topique dans la trichophytie du cuir chevelu.

Iode métallique	2 gr.
Vaseline	100 —

Conserver à l'abri de la lumière et dans des vases bien clos.

Huile de vaseline.

L'huile de vaseline, ou pétrobaseline, ou paraffine liquide, est de la vaseline dépouillée de la paraffine qu'elle renferme. C'est un liquide incolore, volatil, insoluble dans l'eau, l'alcool, la glycérine, soluble dans l'éther et le chloroforme. Elle a une réaction neutre.

Elle est surtout utilisée pour les injections hypodermiques : les injections d'iodoforme, d'eucalyptol et aussi les injections mercurielles d'huile grise.

Elle est peu employée en dermatologie, mais pourrait servir d'excipient pour des lotions et même des pâtes. Elle est inoxydable et indifférente même aux produits d'oxydation.

Vernis.

On désigne sous le nom de vernis des préparations à bases très variables, qui en se desséchant forment à la surface de la peau une pellicule mince et adhérente.

Les collodions, les pellicules adhésives, les traumaticines, les liniments siccatifs de Pick, l'épidermine, la pâte de bassorine, le stérésol (voir ces mots), ne sont en réalité que des vernis.

On peut les employer purs ou additionnés de substances médicamenteuses diverses.

Les vernis ne doivent jamais, à notre avis, être employés sur des surfaces suintantes, dont ils provoquent toujours l'inflammation par suite de la rétention des produits de sécrétion et des pullulations microbiennes qui en résultent.

Unna (1) a donné, entre autres formules de vernis, les suivantes :

Vernis à la chriparobine et au succin.

Vernis au succin du commerce............	20 gr.
Chrysarobine..........................	1 —

Vernis à l'acide pyrogallique.

Gomme laque..........................	5 gr.
Huile de ricin..........................	ãa 1 gr.
Acide pyrogallique......................	
Alcool absolu..........................	15 gr

(1) *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1891, XIII, p. 423.

Vernis à l'acide salicylique.

Acide salicylique	3 gr.
Baume du Pérou	1 —
Collodion	16 —

Vernis à l'oxyde de zinc.

Oxyde de zinc	āā 2 gr.
Huile de ricin	
Collodion	16 —

Vernis à l'ichthyol.

Sulfo-ichthyolate de soude	10 gr.
Caséine	5 —
Borax	0,6 —
Eau	25 —

Vésicatoires.

Les vésicatoires ont été parfois employés pour déterminer, au niveau des lésions cutanées chroniques, lupus et eczémas rebelles par exemple, une inflammation substitutive.

Ils ne sont plus utilisés qu'à titre d'excitants, dans le traitement de la pelade.

E. Vidal a préconisé dans cette affection les applications de petits vésicatoires bien camphrés et surtout les badigeonnages avec la teinture éthérée de cantharides (vésicatoire liquide), en une ou plusieurs couches, de façon à obtenir une légère vésication. Ces procédés, qui exposent aux accidents du cantharidisme, ne doivent être employés qu'avec beaucoup de précaution ; ils ne doivent être mis en usage que par le médecin lui-même et ne nous paraissent présenter, au point de vue de la rapidité de la guérison, aucun avantage sur les autres méthodes de traitement de la pelade.

La teinture de cantharides peut entrer dans la composition des lotions et des liniments excitants pour le traitement des alopécies, surtout de la pelade, et des séborrhées sans phénomènes irritatifs accusés; on trouvera à l'article *Lotions* (T. II., p. 200) des formules de ces préparations, qui ne doivent jamais arriver à produire la vésication.

Zinc.

En dehors du chlorure de zinc (Voir *Caustiques*, p. 214 et 216), l'oxyde est le seul composé de zinc qui soit couramment employé en dermatologie; on pourrait cependant se servir, à peu près pour les mêmes usages, du carbonate et du sulfure de zinc qui, comme la plupart des sels de ce métal, est blanc.

L'oxyde de zinc est un des corps les plus usités dans la thérapeutique des affections cutanées. Il jouit de propriétés absorbantes et résolutives qui le font entrer dans la composition des poudres absorbantes et de pommades d'un usage courant dans toutes les dermatoses à caractère inflammatoire. Il peut également servir à préparer les emplâtres (Voir p. 255) que l'on emploie dans les dermatoses inflammatoires localisées, en particulier dans les eczémas.

Pommades à l'oxyde de zinc.

Oxyde de zinc............................	5 à 15 gr.
Vaseline..................................	50 —

Dans les dermatoses inflammatoires aiguës, en particulier dans l'eczéma, lorsqu'on commence à faire usage des pommades après avoir cessé le traitement par les émollients, il convient de prescrire des pommades peu chargées d'oxyde de zinc, qui s'étendent

plus facilement; mais on peut arriver rapidement à en élever la dose et, dans la plupart des cas, il y a avantage à se servir de pommades épaisses et mieux encore de pâtes de zinc, que l'on étend sur les téguments en exerçant une pression un peu forte et qui adhèrent mieux au tégument.

Oxyde de zinc........................	ãa 50 gr.
Vaseline	

(BESNIER.)

ou

Oxyde de zinc........................	ãa 25 gr.
Amidon...............................	
Vaseline.............................	50 —

Ces pâtes peuvent servir d'excipient à des substances antiprurigineuses, acide phénique, menthol, etc., à l'acide salicylique comme dans la pâte de Lassar, dont elles assurent le contact prolongé avec la peau.

FIN DU TOME SECOND

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME DEUXIÈME

CHAPITRE VI (SUITE)

CHAPITRE VII

DEUXIÈME PARTIE

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

E

L

M

N

O

P

U

V

X

Y

Z

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.


D





